



การทบทวนอย่างเป็นระบบ: การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน  
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ  
**Systematic Review: Health Service on Diabetes  
at Primary Care Setting**

อิงอร พุทธาโร

**Ingon Puttaro**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Science in Health System Research and Development  
Prince of Songkla University**

**2555**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การทบทวนอย่างเป็นระบบ: การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วย  
บริการปฐมภูมิ

ผู้เขียน นางอิงอร พุทธาโร

สาขาวิชา การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....กรรมการ  
(ดร.ประภาพร ชูกำเหนิด)

.....กรรมการ  
(นายแพทย์ยอร์น จิระนคร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและ  
พัฒนาระบบสุขภาพ

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	การทบทวนอย่างเป็นระบบ: การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ผู้เขียน	นางอิงอร พุทธาโร
สาขาวิชา	การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2554

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะทั่วไปของงานวิจัย และงานนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 2) วิเคราะห์ลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้และผลลัพธ์ของงานวิจัยและงานนวัตกรรมระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2553 รวม 63 เรื่อง (รายงานวิจัย 43 เรื่องและรายงานนวัตกรรม 20 เรื่อง) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพ และ แบบบันทึกลักษณะทั่วไปของงานวิจัย และงานนวัตกรรม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังกล่าว โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (CVI = 1.00) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษา (จำนวน 27 เรื่อง) โดยมีการเผยแพร่ในปี พ.ศ.2552 มากที่สุด (จำนวน 18 เรื่อง) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (จำนวน 26 เรื่อง) โดยมีกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด (จำนวน 35 เรื่อง) และระยะเวลาของการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เท่ากับ 8 - 16 สัปดาห์ (จำนวน 34 เรื่อง) ผู้วิจัยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (จำนวน 26 เรื่อง) และทำการศึกษาในคลินิกเบาหวานมากที่สุด (จำนวน 23 เรื่อง)

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยดังกล่าว ลักษณะการจัดบริการที่พบว่าได้มีการศึกษามากที่สุด คือ การจัดบริการแบบผสมผสาน(จำนวน 26 เรื่อง) กลวิธีที่ได้มีการนำมาใช้มากที่สุด คือ การให้ความรู้ ร่วมกับ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (จำนวน 10 เรื่อง) รองลงมาเป็น การให้ความรู้ การใช้กระบวนการกลุ่ม (จำนวน 9 เรื่อง) กลวิธีที่ได้มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ การให้ความรู้อย่างเดียว (จำนวน 3 เรื่อง) ส่วนผลลัพธ์การจัดบริการที่ได้มีการวัดมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (จำนวน 26 เรื่อง) รองลงมา คือ ระดับน้ำตาลในเลือด (จำนวน 16 เรื่อง) และน้อยที่สุด คือ ดัชนีมวลกาย (จำนวน 1 เรื่อง)

งานนวัตกรรม ส่วนใหญ่เป็นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ (จำนวน 11 เรื่อง) โดยมีการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2553 มากที่สุด (จำนวน 7 เรื่อง) ผู้จัดทำส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (จำนวน 12 เรื่อง)

โดยทำการศึกษาในคลินิกเบาหวานมากที่สุด (จำนวน 9 เรื่อง) และกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็น ผู้ป่วยเบาหวาน (จำนวน 17 เรื่อง)

ผลการวิเคราะห์งานนวัตกรรมดังกล่าว พบว่า ลักษณะการจัดบริการที่ได้มีการศึกษามากที่สุด คือ การจัดบริการเฉพาะเรื่อง (จำนวน 13 เรื่อง) กลวิธีที่ได้มีการศึกษามากที่สุด คือ การเสริมแรง (จำนวน 8 เรื่อง) รองลงมาคือ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน (จำนวน 6 เรื่อง) กลวิธีที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ การจัดกระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยเหลือตนเอง (จำนวน 1 เรื่อง) ส่วนผลลัพธ์ที่ได้มีการศึกษามากที่สุด คือ ความพึงพอใจ (จำนวน 17 เรื่อง) รองลงมา คือ ความรู้ (จำนวน 5 เรื่อง) และน้อยที่สุด คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (จำนวน 2 เรื่อง)

จากผลการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ลักษณะการจัดบริการที่นิยมนำมาทดสอบ และมีความเหมาะสมสำหรับการจัดบริการ ได้แก่ การจัดบริการผสมผสาน การจัดบริการเฉพาะเรื่อง กลวิธีการให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือการเสริมแรงโดยมีการประเมินผลลัพธ์ด้วยการวัดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจ หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำไปใช้ตามความเหมาะสมของสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่

Thesis Title	Systematic Review: Health Services on Diabetes at Primary Care
	Setting
Author	Mrs. Ingon Puttaro
Major program	Health System Research and Development
Academic Year	2011

### **ABSTRACT**

This systematic review aimed to describe the characteristics of health service strategies and their outcome measures of research and innovative programs on management of health services for persons with diabetes at primary care setting. The subjects were 43 research and 20 innovative program reports published during 2007-2010. Data were collected using a coding scheme of research characteristic and a quality assessment of research and innovative program report. The content validity of all tools was examined by three experts (CVI = 1.00). The data were grouping and analyzed using frequency and percentage.

The study revealed that majority of the research reports were from master theses (n = 27). Almost half of the studies were published in 2009 (n = 18). Most studies were conducted using quasi-experimental design (n = 26) and their samples were diabetes patients (n = 35). Most researchers were nurses (n = 26) and conducted in diabetes clinics (n = 23).

Most common strategies used in the researches were combination of activities (n = 26) health education with home visit (n = 10) and health education with group process (n = 9). Single activity of health education was rarely used (n = 3). The outcome measures were commonly used were health behaviors (n = 26), fasting blood sugar (n = 16) and body mass index (n = 1).

Most innovative program were product innovation (n = 11), published in 2010 (n = 7) investigated by nurses (n = 12) and were developed for using in diabetes clinics (n = 9). Most focused on the users of diabetes patients (n = 17).

Most common strategies used in the innovative programs were specific of activities (n = 13) reinforcement (n = 8), home visit (n = 6) and group process (n = 1). The outcome measures commonly taken were satisfaction (n = 17), knowledge (n = 5) and behavior (n = 2).

This study revealed most common strategies that were tested for using in health services of the primary care setting i.e., combination of activities, specific of activities, health education and home visit, reinforcement by measuring behavior and satisfaction.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	8
หลักการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	14
งานวิจัยการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	23
นวัตกรรมบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	24
แนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบ.....	26
ความสำคัญของการทบทวนอย่างเป็นระบบ.....	26
ขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบ.....	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
	(8)

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	38
ผลการวิจัย.....	38
การอภิปรายผล.....	48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปผลการวิจัย.....	64
ข้อเสนอแนะ.....	66
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก.....	84
ก แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย.....	85
ข แบบประเมินคุณภาพงานนวัตกรรม.....	88
ค แบบบันทึกลักษณะทั่วไปของงานวิจัย.....	90
ง แบบบันทึกลักษณะทั่วไปของงานนวัตกรรม.....	93
จ คะแนนและร้อยละของการประเมินคุณภาพงานวิจัย.....	95
ฉ คะแนนและร้อยละของการประเมินคุณภาพงานนวัตกรรม.....	99
ช ค่าความเที่ยงในการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ.....	101
ซ ค่าความเที่ยงในการประเมินคุณภาพงานนวัตกรรมที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ.....	104
ญ ค่าความเที่ยงในการบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย.....	106
ฎ ค่าความเที่ยงในการบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย.....	107
ฏ งานวิจัยที่นำมาทบทวน.....	108
ฐ งานนวัตกรรมที่นำมาทบทวน.....	114
ฑ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	117
ณ รายนามผู้ร่วมประเมินความเที่ยง.....	118



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ประวัติผู้เขียน.....	119

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วย บริการปฐมภูมิจำแนกตามลักษณะทั่วไปของงานวิจัย (N = 43).....	39
2 จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วย บริการปฐมภูมิจำแนกตามลักษณะการจัดบริการ (N = 43).....	41
3 จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วย บริการปฐมภูมิจำแนกตามกลวิธีที่ใช้ (N = 43).....	43
4 จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วย บริการปฐมภูมิจำแนกตามผลลัพธ์การจัดบริการ (N = 43).....	43
5 จำนวนงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานใน หน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามลักษณะทั่วไปของนวัตกรรม (N = 20).....	44
6 จำนวนงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานใน หน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามลักษณะการจัดบริการ (N = 20).....	46
7 จำนวนงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานใน หน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามกลวิธีที่ใช้ (N = 20).....	47
8 จำนวนงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานใน หน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผลลัพธ์การจัดบริการ (N = 20).....	48

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก (American Diabetes Association, 2011) สหพันธ์เบาหวานโลกได้ประกาศให้เบาหวานเป็นโรคสำคัญที่ต้องช่วยกันดูแลรักษา ระมัดระวัง และป้องกัน เพื่อป้องกันอัตราการเกิดโรค ลดอัตราและอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สุนิตย์, 2554) ข้อมูลจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้เป็นเบาหวานแล้ว 285 ล้านคนและได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 439 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการดำเนินการป้องกันโรคที่เหมาะสมและจริงจัง (WHO, 2010) สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 - 4 (พ.ศ. 2539-2540, 2546-2547 และ 2551-2552) ซึ่งพบความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.8 และร้อยละ 6.9 ตามลำดับ (วิชัย, 2553)

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนเบาหวานแห่งชาติ (พ.ศ. 2550 - 2559) เน้นการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณสุข สร้างนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค พัฒนาศักยภาพชุมชน พัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบ เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยในเรื่องของ การป้องกันและควบคุมเบาหวาน (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2554) รวมไปถึงการสนับสนุนให้มีและใช้นวัตกรรมในการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่สามารถถ่ายทอดและนำไปใช้ปฏิบัติ ในการพัฒนาระบบสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป (คณะอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554, 2550)

จากการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2547 หน่วยบริการปฐมภูมิได้เข้ามามีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยเตรียมรองรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เพื่อรับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนการ

รักษา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) โดยมีเป้าหมายในการจัดบริการเพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงของการเกิดโรค การลดโรค การลดความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (ชูชัย และคณะ, 2552) ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงต้องมีความพร้อมของโครงสร้าง บุคลากร ระบบงาน และระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโรคเบาหวาน (สุนทร, 2548)

ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคเบาหวานเฉพาะด้านการสนับสนุนและให้ความรู้ในบุคคลที่เป็นเบาหวาน ด้วยการวิเคราะห์เมตาโดย สินีนาฏ (2543) ที่ทำการรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520-2542 ศึกษาในบุคคลที่เป็นเบาหวานทุกชนิด คัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการจัดกระทำด้วยวิธีการสอน การแนะนำ การสนับสนุนและการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้แก่บุคคลที่เป็นเบาหวานมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ในด้านการควบคุมเมตาบอลิซึมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปรับปรุงผลลัพธ์ในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ ความเชื่อและเจตคติต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง และยังพบการทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้แก่บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานแบบบูรณาการ (Siripitayakunkit, Hanucharunkul, & Melkus, 2005) โดยรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 - 2545 จำนวน 63 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในบุคคลที่เป็นเบาหวานทุกชนิด และศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และสุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การจัดการกระทำในการให้ความรู้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การให้ข้อมูล และฝึกทักษะ การวัดผลลัพธ์ส่วนใหญ่จะวัดผลลัพธ์ในระยะสั้น ผลลัพธ์ที่วัดคือ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแล นอกจากนี้ยังพบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวันดี (2551) คัดเลือกงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2549 จำนวนทั้งสิ้น 58 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคเบาหวานในด้านอาหาร และการออกกำลังกาย โดยใช้กิจกรรมหรือโปรแกรมการพยาบาล ซึ่งการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ แสดงถึงวิธีการควบคุมโรคเบาหวาน 2 รูปแบบ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมที่เกาต์เม็ดเลือดแดง และการดูแลเฉพาะเรื่อง ได้แก่ การดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องการใช้ยา การให้ความรู้ การจัดการกับอาการเจ็บป่วย ผลการทบทวนยืนยันประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมที่เกาต์เม็ดเลือดแดง

จากรายงานทั้งสามเรื่อง พบว่ามีการศึกษาค้นคว้าเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานเป็นจำนวนมาก โดยเน้นในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในคลินิกโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นการศึกษาเฉพาะด้าน คือ การพัฒนาด้านการสนับสนุนและให้ความรู้ และการพัฒนาโปรแกรมให้สุขศึกษาต่างๆมากกว่าการวิจัยที่เป็นเชิงระบบ โดยทำการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกชนิด ซึ่งพบว่ารูปแบบและวิธีการดังกล่าวส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาความรู้เรื่องโรค และการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากจะติดตามรักษากับหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีความจำกัดในด้านการให้บริการมากกว่า ดังนั้นผลที่ได้จากการศึกษาอาจไม่ได้สะท้อนความเป็นจริงของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ของประเทศ ทำให้ขาดภาพของการมีส่วนร่วมของบุคคลอื่นๆ เช่นญาติ ผู้ดูแล ชุมชน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งล้วนเป็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น (ปิยะธิดา, 2550) จึงทำให้ไม่สามารถนำมาปรับใช้กับการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนั้นยังพบว่าการทบทวนความรู้ ทั้ง 3 เรื่อง ยังมีข้อจำกัดในการสืบค้น โดยสืบค้นเพียงบางฐานข้อมูลเท่านั้น ซึ่งการทบทวนอย่างเป็นระบบที่รวบรวมเฉพาะข้อมูลหรือผลการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ หรือไม่มีการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลอื่นอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ อาจทำให้ผลที่ได้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ นำไปสู่การสรุปผลการศึกษาที่ผิดพลาดได้ (Easterbrook et al, 1991) การแก้ไขปัญหานี้เนื่องจากอคติจากการรวบรวมเฉพาะงานวิจัยที่ได้รับการพิมพ์ อาจทำได้โดยการนำผลการวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์มารวมในการทบทวนอย่างเป็นระบบด้วย

จากการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นต่อจากปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันอีกจำนวนหนึ่ง โดยผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลและแหล่งรวบรวมข้อมูลต่างๆพบว่ามีทั้งรูปแบบของการทำวิจัย และการคิดค้นนวัตกรรมการบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งยังไม่เคยมีการทบทวนมาก่อน โดยเฉพาะการทบทวนงานนวัตกรรมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกประการหนึ่งในปัจจุบันมีฐานข้อมูลที่เผยแพร่ข้อมูลงานวิจัยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากทำให้การสืบค้นข้อมูลทำได้ครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดการความรู้ให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรวบรวม วิเคราะห์ สรุปองค์ความรู้ สิ่งสำคัญที่สุดประการหนึ่งในการที่จะสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้คือการที่จะต้องมีการจัดทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามความเหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนให้ข้อมูลทันสมัยเป็นระยะๆ เมื่อมีผลงานวิจัย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ ผลการทบทวนจะได้ข้อสรุปที่เป็นความรู้ ซึ่งจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

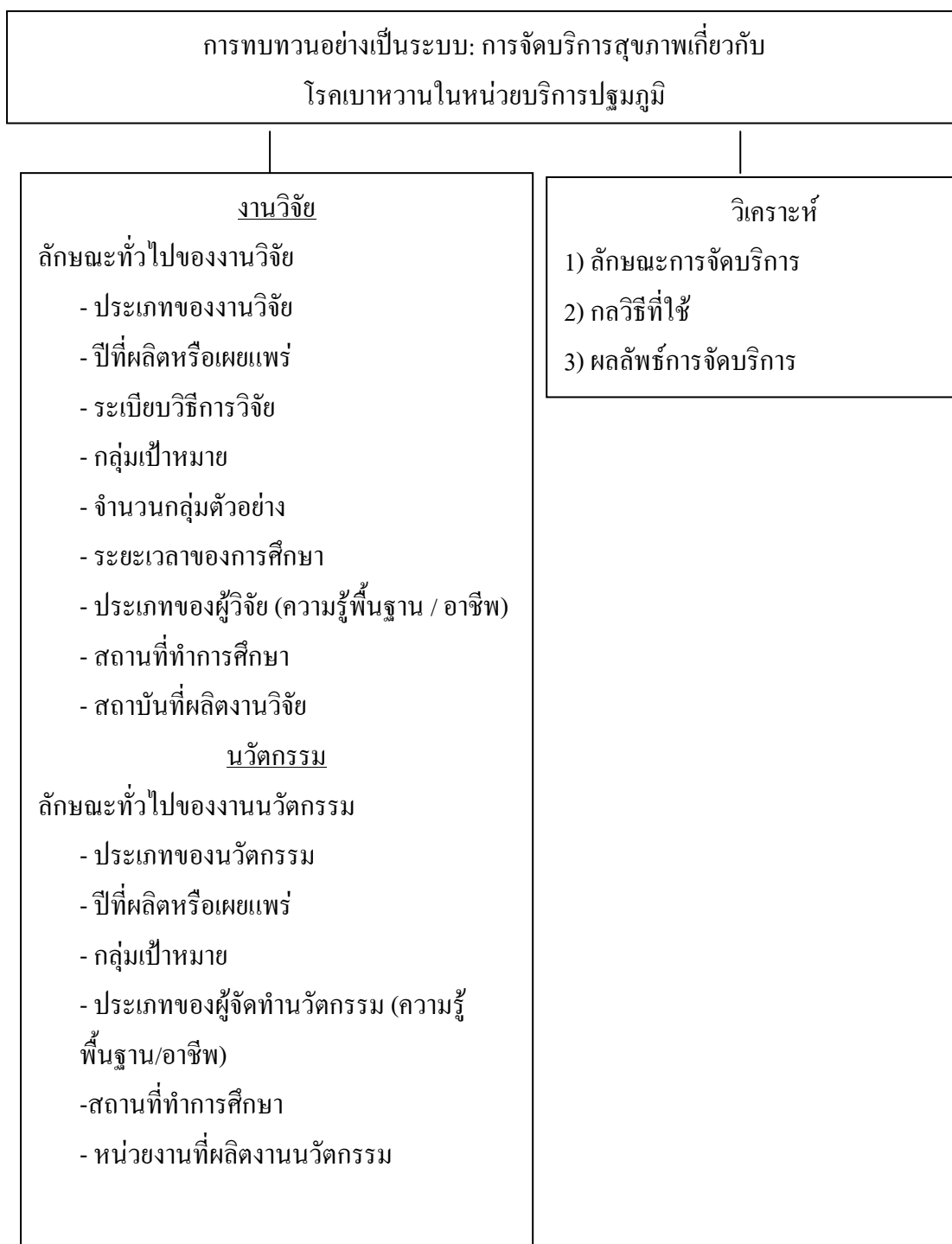
1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของงานวิจัยและนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อวิเคราะห์ลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

### คำถามการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย และนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอย่างไร
2. ลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอย่างไร

### กรอบแนวคิด

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้ และ ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการทบทวนงานวิจัยและงานนวัตกรรม ซึ่งผลิต/เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2550 - 2553 ทั้งนี้ ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน ประกอบด้วย ประเภทของงานวิจัย ปีที่ผลิตหรือเผยแพร่ ระเบียบวิธีวิจัย กลุ่มเป้าหมาย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการศึกษา ประเภทของผู้วิจัย (ความรู้พื้นฐาน/ อาชีพ) สถานที่ทำการศึกษา และสถาบันที่ผลิตงานวิจัย ลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการ สำหรับลักษณะทั่วไปของงานนวัตกรรมที่จะนำมาวิเคราะห์/จัดกลุ่ม ประกอบด้วย ประเภทของงานนวัตกรรม ปีที่ผลิตหรือเผยแพร่ กลุ่มเป้าหมาย ประเภทของผู้จัดทำนวัตกรรม (ความรู้พื้นฐาน/ อาชีพ) สถานที่ทำการศึกษา และหน่วยงานที่ผลิตงานนวัตกรรม ลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการทบทวนวรรณกรรม การจัดการบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ



## นิยามศัพท์

1. งานวิจัยการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง รายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ หรือบทความวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ทั้งที่มีการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์โดยผลิต/เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2550-2553

2. งานนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง รายงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ทั้งที่มีการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์โดยผลิต/เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2550- 2553

3. ลักษณะการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง การจัดบริการเฉพาะเรื่อง โดยเป็นการจัดบริการเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเท้า และการจัดการความเครียด ส่วนการจัดบริการแบบผสมผสานเป็นการจัดบริการในเรื่องดังกล่าว ตั้งแต่ 2 เรื่องขึ้นไป

4. กลวิธีที่ใช้ หมายถึง กิจกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การให้ความรู้ กระบวนการกลุ่ม การเสริมแรง การติดตามเยี่ยมบ้าน การฝึกพฤติกรรม

5. ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี พฤติกรรม ความรู้ การรับรู้ (เรื่องโอกาสเสี่ยง, การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรง, ความสามารถของตนเอง, ความมีคุณค่าในตนเอง, ภาวะสุขภาพ, ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัว) ดัชนีมวลกาย ความพึงพอใจ และอาการของโรค

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคัดเลือกรายงานวิจัย และนวัตกรรม ที่ทำการศึกษาในประเทศไทย ผลิตหรือเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2550 - 2553

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ด้านการบริการ เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ด้านการศึกษาวิจัย ได้ผลสรุปของความรู้ด้านลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการที่สามารถนำไปอ้างอิงและเป็นแหล่งข้อมูลในการพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมเพื่อหารูปแบบการจัดบริการ รวมทั้งลดการทำวิจัย และนวัตกรรมที่ซ้ำซ้อน

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยและนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - 1.1 แนวคิดการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - 1.2 หลักการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. การวิจัยและนวัตกรรมการบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - 2.1 งานวิจัยการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - 2.2 งานนวัตกรรมการบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. การทบทวนอย่างเป็นระบบ
  - 3.1 แนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบ
  - 3.2 ความสำคัญของการทบทวนอย่างเป็นระบบ
  - 3.3 ขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบ

การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้นเป็นโรคที่ต้องการการควบคุมดูแลและรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้เกิดทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การจัดบริการจึงมีความจำเป็นต้องมีแนวทางการจัดการที่เหมาะสม ที่ต่างจากโรคเฉียบพลัน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเน้นการเสริมสร้างศักยภาพความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่จะทำให้การรักษาบรรลุตามวัตถุประสงค์ (ชูชัย และคณะ, 2552) ทั้งนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการ

ตรวจติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติ ต้องได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม และรับผิดชอบในการดูแลจัดการตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมาตรวจตามนัด และดูแลผลกระทบของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลได้แก่ ความซึมเศร้าจากอาการเจ็บป่วย ภาวะที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (สุพัตรา, 2553) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีดังต่อไปนี้

1. แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจและเกิดความกลัวโดยแนวคิดนี้มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความสามารถของตนเอง คือการรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม จากแนวคิดของโรเจอร์ (Rogers, 1975) ที่มีแนวคิดว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรืออันตราย รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการได้รับอันตราย มีความคาดหวังในความสามารถของตน จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมต่อการป้องกันโรค เป็นแนวคิดที่ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการกระตุ้นให้เกิด 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม 3) การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค 4) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และ 5) มีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค นำมาสู่พฤติกรรมการป้องกันโรค และเกิดผลลัพธ์ทางด้านภาวะสุขภาพที่ดี (Norman et al, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรม มีการนำแนวคิดแรงจูงใจมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้ การศึกษาของ(ศศิธร, 2550) ที่ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับปฏิบัติตัวดี ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การศึกษาของ กัญญา (2551) ที่ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง และนิตยา (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าแรงจูงใจภายในในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ

แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคได้มีการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าหากบุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อใน

ผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น จะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในที่สุด

2. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและการประเมินตนเองจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้นและจะส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้นด้วย (สุปรียา, 2548; House, 1981 อ้างใน จุฬารักษ์, 2552) การให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรมุ่งเน้นการมีแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ เพื่อเป็นการผลักดันให้เป็นตัวกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้ดีขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่การให้ครอบครัว รับรู้ปัญหา และเกิดความตระหนักในปัญหาของตนเอง ร่วมคิดร่วมวางแผน ค้นหาวิธีการในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สามารถสนับสนุนชักจูงหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือแรงสนับสนุน และเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในการควบคุมโรคได้ดีขึ้น และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อรักษาโรค (น้ำทิพย์, 2547) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (จุฬา, 2550; เกรียงไกร, 2548) การศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันเบาหวาน และมีคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากขึ้น (อรุณีย์, 2548) การศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวดีขึ้น (ธีระ, 2548) ได้

แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญกับปัญหามากมาย จึงต้องการผู้ที่มีความรู้สึกร่วม มีความเห็นใจ ให้กำลังใจ หรือบางครั้งอาจต้องการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย แรงใจ หรือสิ่งของและทุนทรัพย์ในบาง ต้องการผู้ที่มีความสำคัญสำหรับช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามี ภรรยา ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มปฐมภูมิ และบุคคลเหล่านี้มีส่วนสำคัญอย่างมากทางด้านสาธารณสุข มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกัน

โรค การส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคล

3. แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีปัญหาค้ำคลึงกันมีปัญหาค้ำคลึงกัน จุดประสงค์เพื่อใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยกันเองเพื่อเสริมความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการดูแลตนเองเพื่อประสิทธิภาพการรักษามากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ (2550) โดยพบว่า การได้รับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยเบาหวานที่ซึ่งเคยมีประสบการณ์แบบเดียวกันมาก่อน ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการยอมรับ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และการศึกษาของ วินัย(2551) ศึกษาผลการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อการควบคุมโรคและดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรม และดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น การได้เข้าร่วมกลุ่ม ทำให้รู้ว่าตนเองไม่ได้เป็นโรค หรือประสบปัญหาเช่นนี้เพียงคนเดียวการได้พบตัวอย่าง ของผู้ป่วยคนอื่น ที่เคยประสบปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง และสามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นวิกฤตมาได้แล้ว ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองก็น่าจะปรับตัวผ่านไปได้ด้วยดีเช่นกันโดยเป็นการรวมกลุ่มของบุคคลกลุ่มเล็กๆที่มีปัญหาอย่างเดียวกันหรือมีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันซึ่ง (สมพร, 2544) อาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการ เรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (อุบลรัตน์, 2550) กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประโยชน์มากในการสร้างเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาเบาหวาน ดังจะสังเกตพบว่าปัจจุบันมีการรวมกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาเหมือนกันขึ้นในชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ให้กำลังใจ ร่วมตัดสินใจหรือดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้สูงอายุ ตลอดจนกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีการรวมกลุ่มกันดังกล่าว จะมีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันแก้ปัญหา เกิดกำลังใจ เกิดพลังมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามความตั้งใจอย่างสม่ำเสมอ จนกลายเป็นวิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีต่อไป

แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน พัฒนาปรับปรุงด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาวิกฤตให้เกิดความสามัคคี มีศักยภาพช่วยตนเอง สมาชิกในกลุ่มต่างให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพิ่มความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ผู้สมาชิกมีความรู้เพิ่มเติมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแนวคิด วิธีการคิดในการแก้ปัญหา การขจัดปัญหา หาทางออกที่ดี สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่ม

ช่วยเหลือตนเองด้วยการสมัครใจ เต็มใจ ลักษณะผู้นำกลุ่มเป็นผู้เผชิญปัญหาเดียวกันกับสมาชิกกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี

4. แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง เป็นแนวคิดที่มีเจตนาให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในแต่ละหน่วยของการบริการสุขภาพและบ้าน หรือที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยหรือประชาชน โดยใช้กระบวนการที่มีประสิทธิภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล ความเชื่อมโยงบทบาทของทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิกับโรงพยาบาลเป็นระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้านหรือชุมชน (สุพัตรา และคณะ, 2553) ซึ่ง การให้บริการสุขภาพต่อเนื่องกันไปตลอดทุกระยะของโรคโดยไม่ขาดตอนนั้น ถือได้ว่าเป็นบริการที่สมบูรณ์แบบและเป็นเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย โดยมีเป้าหมาย คือให้ ผู้รับบริการได้รับการดูแลแบบองค์รวม สามารถให้การดูแลตนเองได้ และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (อุษวดี, 2548) เป็นการลดจำนวนผู้ป่วยและระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง ซึ่งนับว่าเป็นความจำเป็นที่เหมาะสมในสภาพสังคมปัจจุบัน ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องทั้งจากระบบการให้บริการสุขภาพและจากการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ให้การดูแล การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่น่าจะป้องกันได้เป็นอย่างมาก (ชนิษฐา และคณะ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรัญญา (2552) พบว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสามารถช่วยเพิ่มความรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพจะต้องมีการติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ และให้คำแนะนำช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองในกิจกรรมต่างๆ

แนวคิดการดูแลต่อเนื่องเป็นบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับตั้งแต่เริ่มมีปัญหา จนกระทั่งสิ้นสุดปัญหา ซึ่งผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดก็คือ ญาติ หรือครอบครัวของผู้ป่วยนั่นเอง พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุน การติดตามเยี่ยมที่บ้านเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ครอบครัวตระหนักถึงคุณค่าของการดูแลผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

5. แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ พัฒนากลวิธีที่จะแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง และจากการศึกษาของ ชนิษฐา (2553) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล พบว่าขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักและยอมรับปัญหาสุขภาพว่าเป็นปัญหาที่ตนต้องทำการปรับปรุงแก้ไข วิธีการที่ใช้คือการให้หลักฐานเชิงประจักษ์ การให้

ข้อมูลที่เหมาะสมเฉพาะราย และการศึกษาทบทวนข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคล กลุ่มคนหรือชุมชนสามารถเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ช่วยให้รับรู้ว่าคุณค่า และมีอำนาจตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม (Gibson, 1995) ทำให้บุคคลรับรู้และรู้สึกรับผิดชอบตนเองได้ รวมถึงสามารถวางแผนในการควบคุมสถานการณ์ จัดการกับความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยแสวงหาแหล่งประโยชน์ ทั้งนี้โดยอาศัยศักยภาพของตนเอง (สิริอร, 2550) การสร้างพลังอำนาจยังเป็นแนวคิดที่คำนึงถึงทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคม ที่พบว่าบุคคลและสังคมรอบข้างมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่ามีการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยจากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 - 2548 พบว่าจากงานวิจัย 141 เรื่อง มีการนำกระบวนการเสริมสร้างอำนาจมาประยุกต์ใช้ 36 เรื่อง (ร้อยละ 25.5) โดยเป็นการผสมผสานร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ เช่น กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมให้ความรู้ กิจกรรมให้คำปรึกษา (สุภาพร, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำเอาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการจัดบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยพบว่าการจัดบริการโดยใช้แนวคิดดังกล่าวส่งผลในด้านต่างๆดังนี้ ระดับฮิโมโกลบินเอวันซีและการกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลลดลง (ภัศราพร, 2550) ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงความคุณค่าในตนเอง และทราบสถานการณ์ปัญหาด้วยตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมภาวะเบาหวานได้ (ศศิวิทย์, 2552) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (สุพร, 2551) ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในตนเอง การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น (มยุรี, 2551) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น ระดับฮิโมโกลบินลดลง (นภาพร, 2550)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถที่จะระบุสิ่งที่ตนเองกังวลและการทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะและความมั่นใจในการทำสิ่งนั้นด้วยตนเอง เป็นการเสนอความต้องการจากส่วนล่างแล้วบุคลากรอื่นๆช่วยสนับสนุน โดยบุคลากรด้านสุขภาพเป็นเพียงผู้ประสานงาน สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพลังขึ้นจากภายในตนเอง เพื่อที่จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยคาดหวัง

6. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย แนวคิดนี้มีข้อตกลงเบื้องต้น



ว่า หากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้เขาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นที่ดีและสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้าม หากเขาไม่มีความรู้ ไม่ชอบวิธีการปฏิบัติเขาก็จะไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เยาเวศ, 2554) ความรู้ หมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลได้ศึกษาข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์และรายละเอียดต่าง ๆ โดยผ่านการรวบรวมและสะสมไว้เพื่อทำประโยชน์ ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับเพิ่มขึ้น จึงเป็นความพร้อมของแต่ละบุคคลที่จะประมาณค่าสิ่งของบุคคล แนวคิด หรือสถานที่ต่าง ๆ ว่าดีหรือไม่ดี พอใจหรือไม่พอใจ ตลอดจนแนวโน้มในการที่จะประพฤติสิ่งนั้น

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ได้นำมาใช้ในการวิจัยและการอธิบายพฤติกรรมอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย โดยจะมองว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับผลของพฤติกรรมและวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่จะต้องมีการศึกษาวิจัยว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของแต่ละพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันในทิศทางใด ถ้ามีความสัมพันธ์กันทางบวกให้ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นให้มาก ถ้าสัมพันธ์ทางลบจะต้องเปลี่ยนทัศนคติกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของสุขภาพ และเร่งสร้างเสริมพลังอำนาจให้กล้าปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเพื่อสุขภาพที่ดีต่อไป

#### หลักการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการจัดการที่สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการและสอดคล้องกับสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการหรือมุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไข ซึ่งมีหลักการดังต่อไปนี้

1. การป้องกันการเกิดโรค ให้บริการคัดกรองค้นหาผู้ป่วย บทบาทสำคัญของการป้องกันเบาหวานก่อนเป็นโรค ควบคู่ไปกับการเร่งค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยใหม่ และป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นที่ประจักษ์ในประชาคมโลกผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพหลอดเลือดที่เกิดขึ้นก่อนอาการ หรือการวินิจฉัยโรค การลดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องเริ่มตั้งแต่นั้นๆ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทยมีข้อมูลแสดงว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรค (วิชัย, 2553; สาธิต, 2550) ดังนั้นการตรวจคัดกรอง จึงมีประโยชน์ในการค้นหาผู้ซึ่งไม่มีอาการ เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อสื่อสารและสนับสนุนบริการหรือจัดการอย่างใดอย่างหนึ่งให้เกิดการยับยั้ง

หรือชะลอกระบวนการเปลี่ยนแปลงพยาธิกำเนิดและพยาธิสภาพตั้งแต่ระยะต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554) การตรวจคัดกรองเบาหวาน เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมจัดการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในบุคคล โดยเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความตระหนัก การตัดสินใจในการเริ่มต้นเรียนรู้ และปฏิบัติต่อสถานการณ์ความเสี่ยงของบุคคลนั้น (พรรณี, 2552) การคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน เป็นกิจกรรมภายใต้เงื่อนไขการดูแลสุขภาพของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายระดับประเทศ (เขมรสัม, 2550) และเป็นมาตรการสำคัญเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรค (วิฑูรย์ และวิโรจน์, 2550; วิโรจน์ และคณะ, 2552) ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิมีรูปแบบของการคัดกรองดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

1.1 การใช้เครื่องมือคัดกรองเบาหวานที่มีมาตรฐานเพื่อการคัดกรอง ได้แก่ เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นเป็นเครื่องมือคัดกรองด้วยวาจา เพื่อประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานในประชาชนเป็นขั้นต้น

1.2 การใช้เครื่องมือคัดกรองโดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยการตรวจเลือดจากปลายนิ้ว (พรรณี, 2552) โดยคัดกรองในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และกลุ่มเสี่ยงซึ่ง ผลตรวจระดับน้ำตาลได้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรให้ความรู้ทั่วไปและนัดเจาะเลือดซ้ำอีก 1 ปี กรณีที่ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นัดเจาะเลือดซ้ำอีก 1 เดือน และติดตามทุก 6 เดือน กรณีที่ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เพื่อให้การรักษา และนัด ติดตามทุก 1 เดือนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และ ส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทุก 6 เดือน หรือพบแพทย์เมื่อมีอาการก่อนนัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนเนื่องจากทำให้ประชาชนได้ทราบสภาวะสุขภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วย

2. การรักษาเบาหวาน คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุด คือ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดอาหาร อยู่ในช่วง 90 – 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร น้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลสะสม (glycated hemoglobin หรือ HbA1C) น้อยกว่าร้อยละ 7 (เทพ, 2554; สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2554) และต้องการความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแล กับแพทย์และทีมงานเบาหวาน โดยการรักษาวิธีการการคือ การตั้งเป้าหมายระดับการควบคุมให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วย แนะนำการออกกำลังกายให้เหมาะสม ให้ความรู้เรื่องเบาหวานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และส่งเสริมการดูแลตนเองและประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง การป้องกันการเกิดโรค

โดยส่งเสริม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้มีระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก็คือ การไม่ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด (Wendy, et al, 2005) และการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องของผู้ป่วย (Wu, et al, 2006) ดังนั้นการปรับพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้ (เทพ และคณะ, 2552; พณพัฒน์, 2551; มนทิพา, 2549; วรารักษ์, 2551; สมพงษ์, 2549; อัมพา, 2550)

2.1 การควบคุมอาหาร การควบคุมอาหารเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน (สาธิต, 2550) เพราะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ร้อยละ 50 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีวิถีชีวิตในการควบคุมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (วิทยา, 2549) และยังสามารถควบคุมน้ำหนักตัว ลดความรุนแรงของโรค และลดการใช้ยา อาหารของผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันไม่แตกต่างจากอาหารที่คนทั่วไปรับประทานในการรักษาสุขภาพ การเป็นเบาหวานไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนชนิดอาหารที่ต้องรับประทานในชีวิตประจำวันโดยสิ้นเชิง หรือรับประทานอาหารพิเศษแตกต่างไปจากคนปกติ (ศัลยา, 2551) ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมเบาหวานและมีสุขภาพดีได้โดยการเลือกรับประทานอาหารให้ครบหมู่หลากหลาย มีการแลกเปลี่ยนอาหาร จำกัดและกระจายมื้ออาหารให้เหมาะสมในแต่ละมื้อ แต่ละวันเพื่อให้น้ำหนักผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญที่จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและระดับไขมันให้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนของเบาหวานที่จะเกิดขึ้น (ศัลยา, 2549) จากการศึกษาในผู้ป่วยของไทยพบว่ามีการแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการควบคุมอาหารมากเป็นอันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 85.1 รองลงมาคือแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้เพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 78.7 (Aekplakorn et al, 2003; Wattana, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานวิจัยที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมอาหารโดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ และการดูแลตนเองดังนี้ การศึกษาของ สุรัตน์ (2546) พบว่าการให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน จะทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการควบคุมอาหาร และติดตามผลด้วยความกระตือรือร้นมากขึ้น การศึกษาของ เพ็ญศิริ (2545) เกี่ยวกับผลการให้คำแนะนำด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ โกลูโคสเดอไรด์ เอชดีแอล ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ วินธนา (2546) ศึกษาการดูแลตนเองด้านโภชนาการและด้านสุขภาพและผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองดีด้านโภชนาการคิดร้อยละ 63.2

2.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Yamaoka & Tango, 2005) โรคเบาหวานและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมน้ำตาลในเลือดและระดับของน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (วิภาวรรณ, 2547; Brown, et al, 2005) และเป็นการเพิ่มความไวของอินซูลินและความทนต่อระดับน้ำตาล มีการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆดีขึ้น(วรรณิ, 2548; สาธิต, 2550) เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายปรับภาวะสมดุลในร่างกาย เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน หลักสำคัญคือการคัดกรองผู้ป่วย และให้โปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมไม่มีอันตราย ร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้เข้าใจถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยใช้วิธีการฝึกทักษะในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งการออกกำลังกายมีหลายวิธี แต่ละวิธีมุ่งหมายผลที่ต่างกัน ผลที่ได้ต่างกัน จึงจำเป็นต้องเลือกการออกกำลังกายให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน การเดินเร็ว การวิ่ง การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน การรำมวยจีน การเต้นแอโรบิก การเล่นกอล์ฟ การเคลื่อนไหวบริหารร่างกาย การยืดและการแกว่งแขนด้วยมือเปล่า เป็นต้น การศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีนซึ่งคงต่อระดับเม็ดเลือดแดงที่มีน้ำตาลเกาะในผู้ป่วยเบาหวาน(อุไรวรรณ, 2546)การออกกำลังกายด้วยวิธีการรำไม้พลองป้านูญมี (กมลรัตน์, 2548) ส่วนเป็นการออกกำลังกายที่มีการเผาผลาญพลังงานโดยใช้ออกซิเจน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

2.3 การจัดการความเครียด จากการที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรคซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และความเครียดอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดลดลง มีรายงานจำนวนมากที่แสดงถึงการควบคุมน้ำตาลไม่ดีในผู้ที่เป็เบาหวานเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดเฉียบพลัน สิ่งที่เกิดขึ้นนี้เนื่องจากฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อความเครียดมีส่วนต่อการตอบสนองต่ออินซูลิน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (จำลอง และพริ้มเพรา, 2545; Peyrot & Mcmurry, 1992) ความเครียดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญได้แก่ พยายามปฏิบัติตนให้เป็นปกติเหมือนก่อนเจ็บป่วย การปรับกิจวัตรประจำวัน และวิถีการดำเนินชีวิต การเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง การรักษาสถานภาพทางสังคม การเผชิญการเปลี่ยนแปลงบทบาท และเผชิญความไม่สุขสบายทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วันดี และบุญวดี (2551) ที่ทำการวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กรณีศึกษาผู้รับบริการคลินิกโรงพยาบาลตรัง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.1 โดยมีสาเหตุหลักมาจากสัมพันธภาพในครอบครัว

รองลงมาคือความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเลือกวิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เกิดประโยชน์ (ภาวนา, 2546) ซึ่งพบว่ามีวิธีการจัดการกับความเครียดมากมายเช่น การมุ่งที่การปรับการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตน การเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ ก่อให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต การพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดซึ่งแต่ละบุคคลควรพิจารณาเลือกให้เหมาะสมกับตนเอง (มนทิพา, 2549; สมจิต, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีกิจกรรมที่นำมาใช้ในการจัดการความเครียด เช่นการศึกษาของ สมพร (2547) ศึกษาการทำสมาธิออกกำลังกายประสาทสัมผัส พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ได้ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ (2546) พบว่าผลของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อพร้อมกับการทำสมาธิส่งผลดีต่อชีวเคมีในร่างกายและผลต่อประสาทพาราซิมพาเธติก ส่งผลให้การหลั่งสารคอร์ติซอลเข้าสู่กระแสเลือดลดลง ทำให้การสลายไกลโคเจนจากตับมาเป็นน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดลดลงได้

2.4 การดูแลเท้า ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวานประการหนึ่งคือ การติดเชื้อที่ผิวหนังโดยเฉพาะที่เท้าโดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 15 จะมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต (อนุวัฒน์, 2548) โดยนิ้วเท้าจะเป็นส่วนที่ถูกตัดมากที่สุด ซึ่งสาเหตุเกิดจากปลายประสาทเสื่อมถึงร้อยละ 73.5 (อัญชลี, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ อำภาพร (2553) พบว่า ตำแหน่งที่เกิดแผลมากที่สุดคือนิ้วเท้าและง่ามนิ้วเท้า รองลงมาคือหลังเท้าและฝ่าเท้า ตามลำดับ และการศึกษาของ ญัญฐิยา และศิริพร (2552) พบว่า บริเวณสันเท้าและนิ้วหัวแม่เท้าเป็นบริเวณที่ผู้ป่วยเกิดแผลเรื้อรังมากที่สุด แผลที่เท้าเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของการตัดขาหรือเท้าที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ การเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการร่วมกัน ได้แก่อายุมากและผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี น้ำหนักตัวมากทำให้มีแรงกดฝ่าเท้าเพิ่มขึ้น การมองเห็นไม่ดีแสดงถึงการเป็นเบาหวานมานาน รวมถึงไม่สามารถตรวจแผลที่เริ่มเป็นระยะแรก มีความผิดปกติในรูปร่างเท้า ขาดคำแนะนำในการดูแลเท้า เป็นต้น (ประมุข, 2548; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) ดังนั้นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาเท้าจึงมีความสำคัญมากในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขาหรือเท้า (Crawford , Inkster, Kleijinen, & Fahey, 2007) การดูแลรักษาเท้าที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทุกด้านที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า และควรได้รับการสำรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อวินิจฉัยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกทำให้การรักษาได้ผลดี ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (สมาคม

โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) ในปัจจุบันพบว่ามีการใช้เครื่องมือตรวจวัดความรู้สึกที่เท้า ที่ทำด้วยไนลอน (10-g nylon monofilament or Semmes - Weinstein monofilament) เพื่อตรวจประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่ปลายประสาทเท้าเสื่อม (Tantisiriwat & Janchai, 2008) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมและแพทย์ทั่วไปสามารถทำได้ (Thomson, Potter, & Paisey, 2008) โดยตำแหน่งที่ตรวจการรับรู้ความรู้สึก คือบริเวณฝ่าเท้า 4 จุด ได้แก่ หัวแม่เท้า และหัวกระดูกบริเวณโคนนิ้วที่ 1,3,5 จมแล้วไม่รู้สึกเพียงจุดเดียวถือว่ามีความเสี่ยง หรือความเสื่อมของระบบประสาท (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) การพัฒนารูปแบบการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลเรื้อรังที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (ณัฐจิตยา, 2546) และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สื่อการสอนที่เป็นคู่มือในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปอ่านที่บ้านและปฏิบัติ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคดีขึ้น (เพ็ญศรี, 2549)

2.5 การใช้ยา การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น ใช้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นส่วนใหญ่ จะพิจารณาโดยใช้ระดับของฟาสติ้ง พลาสมา กลูโคส (FPG) ร่วมกับอาการเป็นเครื่องตัดสินใจในการรักษา (ชิตติ, และวราภณ, 2549) ดังนั้นการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนอกจากการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร การรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่สม่ำเสมอ ในขนาดที่เหมาะสม ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และตรงเวลา จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (เทพ, 2546; วิรพันธ์, 2545) การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมีความจำเป็นเมื่อร่างกายขาดปริมาณอินซูลินอย่างมาก หรือไม่สามารควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพียงสองอย่างได้ ยาที่ใช้ลดน้ำตาลในเลือดมี 2 ประเภทคือ ยาชนิดรับประทาน และการใช้ฮอร์โมนอินซูลิน การจะเลือกใช้ยาประเภทใดขึ้นอยู่กับชนิดของภาวะของโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ ตลอดจนโรคอื่นๆที่ร่วมอยู่ด้วย โดยเฉพาะการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เนื่องจากในผู้สูงอายุมักมีการขจัดยาออกจากร่างกายได้น้อย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในช่วงร้อยละ 14 - 77 โดยเฉลี่ยร้อยละ 50 (Eijken, Tsang, Wensing, & Grol, 2003) ซึ่งสาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ได้มีสาเหตุหลายประการ ทั้งจากยาและจากตัวผู้สูงอายุเอง โดยสาเหตุจากยาได้แก่ การได้รับยาหลายขนาน แบบแผนการใช้ยาที่มีความซับซ้อน เกิดผลข้างเคียงจากยา ส่วนสาเหตุจากตัวผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การรับรู้สายตาดูไม่ดี ความสามารถในการหยิบจับไม่ดี ภาวะหลงลืม มีภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาศัยอยู่คนเดียว ขาดการสนับสนุนทางสังคม (วนิดา, 2549)

3. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน การให้ความรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (ปกรณ, 2547) และเป็นสมรรถนะด้านการบริการสุขภาพที่สำคัญ เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สัญญาณเตือนโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (นุชรี และนิตยา, 2554) การให้ความรู้ไม่เพียงแต่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้แต่เพียงอย่างเดียว แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย (อภิวัฒน์, 2546) นอกจากนั้นยังเป็นการสร้างความตระหนักและความเข้มแข็งให้ประชาชนด้วย (ฉายศรี, 2548) การเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ โดยเน้นการให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง เป็นไปอย่างทั่วถึง ซึ่งนับว่าเป็นกลวิธีการศึกษาและประชาสัมพันธ์เชิงรุกวิธีการหนึ่ง ปัจจุบันนี้ประชาชนให้ความสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น อันจะเห็นได้จากการกำหนดสุขภาวะที่ดีเป็นวาระแห่งชาติ รวมถึงการสร้างประเด็นกระแสข่าว รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน (พนา และเพ็ญพิศตร, 2552) กระแสการปฏิรูปสุขภาพ รวมทั้งนโยบายสาธารณสุข ได้สนับสนุนและให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เป็นระบบสุขภาพเชิงรุกให้ทั่วถึงและครอบคลุม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ทุกคนในครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม งานสุขศึกษาเป็นกระบวนการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่ต้องเข้าถึงบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้อย่างทั่วถึง ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน (กองสุขศึกษา, 2552)

4. การให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลในครอบครัว การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกิจกรรมประจำของบุคลากรทางการแพทย์ รูปแบบการจัดกิจกรรมมีหลากหลาย เช่นการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล ทั้งในสถานพยาบาลและโทรศัพท์ การให้ความรู้กับกลุ่มผู้มารับบริการ ซึ่งมีทั้งความรู้ทั่วไปและความรู้เฉพาะโรค โดยผ่านการให้สุศึกษา การเขียนบทความ หรือสื่อประเภทอื่นๆ (ชิษณุ, 2552) การจัดโปรแกรมการสอน การให้ความรู้โรคเบาหวาน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษา ความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนสามารถปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาได้ (วิลรัตน์, 2550; ADA, 2008) ปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น มีงานวิจัยเกี่ยวกับการให้การศึกษาเป็นจำนวนมาก และพบว่าการศึกษาทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกแก่ผู้ป่วย เบาหวาน (เทพ, วัลลา, พงศ์อมร,

ชัยชาญ, และสุนทรี, 2547; บุญจันทร์, ฉัตรประอร และน้ำเพชร, 2552) นอกจากนี้ยังมีการสอนทางอ้อมโดยผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วีดีโอเทป แผ่นพับ คู่มือ และวารสารโดยที่เนื้อหาในการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองจะประกอบไปด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน โภชนบำบัด การออกกำลังกาย ยารักษาเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะและการแปลผลด้วยตนเอง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและวิธีการป้องกันแก้ไข การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลในภาวะพิเศษ เช่นตั้งครรภ์ ขึ้นเครื่องบิน เดินทางไกล ไปงานเลี้ยง เล่นกีฬา การดูแลรักษาเท้า (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554)

5. การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้สุศึกษาและกระตุ้นไปปรับบริการอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญของบุคลากรระดับปฐมภูมิ เป็นหนึ่งในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ประชาชนพึงได้รับ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (จิรุตม์ และเจด็จ, 2547) ทำให้ได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วยทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น และการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการฝึกหัดให้ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในบางกรณีที่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะได้ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านยังเป็นกลวิธีหนึ่งในการเข้าหาชุมชนเพราะจะช่วยให้เข้าใจชุมชน และวิธีการที่สอดคล้องกับนโยบายเชิงรุกของการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศ (สำเร็จ และรุจิรา, 2545) มาตรฐานงานเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีปัญหาความจำเป็น อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) การศึกษาของหทัยทิพย์ (2553) ที่ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการให้เยี่ยมบ้านนั้นมีความต้องการรูปแบบบริการที่หลากหลายนอกเหนือไปจากการบริการด้านอาการทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงบริการสนับสนุนที่บ้านและบริการเพื่อการเดินทางและใช้ชีวิตอย่างปลอดภัยและมีสุขภาวะที่บ้าน จากการศึกษาของ นิระมล (2550) พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการติดตามอย่างทั่วถึงและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยศนันท์ (2547) และจิตรกร (2548) ซึ่งศึกษาการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นและสามารถควบคุมได้ดีขึ้นภายหลังการเยี่ยมบ้าน

6. การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชนจัดกิจกรรมในชุมชนโดยการประสานงานกับผู้นำชุมชน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและสภาพวิถีชีวิตของคนในชุมชนเพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการสร้างสุขภาพ เช่น ส่งเสริมการบริโภคข้าวกล้อง กลุ่มปฏิบัติธรรม กลุ่มออกกำลังกาย



และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเป็นเบาหวานชมรมเบาหวาน สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรวมกลุ่มกันเพื่อช่วยเหลือตนเองภายในกลุ่มโดยเรียนรู้จากผู้ป่วย กันเองในการควบคุมระดับน้ำตาลและดูแลสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อการเรียนรู้และให้ กำลังใจซึ่งกันและกันในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนเครือข่ายเบาหวานที่เกิดขึ้นยังเป็นจุดกระตุ้นเตือน ที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป การสร้างการมีส่วนร่วมของ ท้องถิ่นชุมชน หน่วยต่างๆ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแล สุขภาพตนเองและเกิดการรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรูปแบบต่างๆอย่างยั่งยืน เช่น ร่วมทำบ่อน้ำเกลือล้างแผลล้างแผลและทำความสะอาดและประชาชนกำหนดนโยบายสาธารณะและงบประมาณเพื่อ เสริมสุขภาพในชุมชน การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัย เสี่ยง และสร้างพลังในชุมชนส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติไม่เป็นโรค โดยการส่งเสริมการออกกำลังกาย เน้นการสร้างสุขภาพ การรณรงค์งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น

7. การจัดระบบส่งต่อ/ เชื่อมโยงผู้รับบริการ การให้บริการส่งต่อผู้ป่วยได้ถูกกำหนดใน มาตรฐานหมวดการบริการในหัวข้อการประสานและเชื่อมโยงบริการ ซึ่งหมายถึง กระบวนการ ดูแลช่วยเหลือและประสานงานผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการบริการตามสภาพปัญหา และความ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันเวลาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) การส่งต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความ ต่อเนื่อง การส่งต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเนื่องจากสภาวะ ของผู้ป่วยเบาหวาน เช่นมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีการตรวจระดับน้ำตาล ในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง ในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร ร่วมกับการมีอาการสำคัญของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (อัญชลี, เฉตสร, วันสสนันท์, และจิรภัทร, 2549) ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเกินความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการรักษาพยาบาลและข้อจำกัดเรื่องยา และเครื่องมือทางการแพทย์ที่หน่วยบริการมีอยู่ และการส่งกลับระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยที่หน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็น ปัจจุบัน รวดเร็ว และเชื่อมโยงข้อมูลต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิจับกับโรงพยาบาล

## การวิจัยและนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

### ลักษณะของงานวิจัยการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวิจัยจะทำให้เกิดความรู้ใหม่ ที่ช่วยเพิ่มพูนวิทยาการของศาสตร์ต่างๆ ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น สามารถนำผลการวิจัยไปแก้ปัญหาได้ คำตอบที่ได้จากการวิจัยจะทำให้มั่นใจและนำผลการวิจัยไปใช้แก้ปัญหาหรือพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ได้ เช่น นำผลการวิจัยไปใช้ในด้านสังคมศาสตร์หรือพฤติกรรมด้านการแพทย์ ด้านธุรกิจการค้า ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น ช่วยปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ช่วยในการพิสูจน์ ตรวจสอบ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ ต่างๆ ช่วยให้เข้าใจ ปรากฏการณ์ หรือสถานการณ์ต่างๆ ช่วยในการพยากรณ์ สถานการณ์ ปรากฏการณ์ พฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และผลที่ได้จะสามารถนำไปประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้

การวิจัยในปัจจุบันเป็นที่รู้จักและเข้าใจกันโดยแพร่หลายในหมู่นักวิชาการและบุคคลโดยทั่วไป เพราะการวิจัยเป็นเครื่องมือหรือวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบันในการแสวงหาความรู้ต่างๆ (สุนทร, 2551) การพัฒนาระบบสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุข จำเป็นต้องมีพื้นฐาน หลักฐานจากงานวิจัย เป็นเหตุผลการรองรับ ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่างๆ จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพตลอดเวลา เนื่องจากความซับซ้อนของระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการการวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน และอนาคตเพิ่มขึ้นอย่างมาก การวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพ โดยการใช้องค์ความรู้ที่มีอยู่แล้ว แสวงหาองค์ความรู้ใหม่ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา ค้นหา และการเฝ้าระวังปัญหา การวิจัยทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความสำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาประเทศ ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพอนามัยของคนในประเทศให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บที่คุกคามชีวิตมนุษย์อยู่ตลอดเวลา และช่วยในเรื่องของการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจากโรคภัยเรื้อรังบางอย่างและทดแทนผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่นำเข้าจากต่างประเทศได้ด้วย (บุญเจิด, 2548)

การทบทวนวรรณกรรม จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในครั้งนี้ มีองค์ความรู้เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นทั้งในเรื่องของการจัดบริการในลักษณะต่างๆ กลวิธีในการจัดบริการ รวมไปถึงผลลัพธ์การจัดบริการการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยใช้รูปแบบหรือวิธีการต่างๆ เช่น กิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติพฤติกรรม กิจกรรม

เสริมแรง กิจกรรมแบบผสมผสานโดยพบว่ามีการศึกษาทั้งในเรื่องของการจัดบริการแบบเฉพาะเรื่อง หรือปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยเฉพาะ ได้แก่ เรื่องของการบริโภคอาหาร เรื่องการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า เรื่องการออกกำลังกาย รวมไปถึงเรื่องของการจัดการความเครียด และการจัดบริการในรูปแบบผสมผสาน ซึ่งล้วนแต่ให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

### ลักษณะของงานนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การพิจารณาว่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นนวัตกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขา ดังนั้นนวัตกรรมของบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอาจไม่ใช่วัตกรรมบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ก็ได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลนั้นว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขาหรือไม่ อีกประการหนึ่งความใหม่ อาจขึ้นอยู่กับระยะเวลาด้วย สิ่งใหม่ๆ ตามความหมายของนวัตกรรมไม่จำเป็นจะต้องใหม่จริงๆแต่อาจจะหมายถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นความคิดหรือการปฏิบัติที่เคยทำกันมาแล้วแต่ได้หยุดกันไประยะเวลาหนึ่งต่อมาได้มีการรื้อฟื้นขึ้นมาทำใหม่เนื่องจากเห็นว่าสามารถช่วยแก้ปัญหาในสถานการณ์ใหม่นั้นได้ก็นับว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งใหม่ได้ ดังนั้นนวัตกรรมอาจหมายถึงสิ่งใหม่ๆดังต่อไปนี้ 1) สิ่งใหม่ที่ไม่เคยมีผู้ใดทำมาก่อนเลย 2) สิ่งใหม่ที่เคยทำมาแล้วในอดีตแต่ได้มีการรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่ 3) สิ่งใหม่ที่มีการพัฒนามาจากของเก่าที่มีอยู่เดิม นวัตกรรมที่ดี ควรสามารถวัดผลโดยพิจารณาจากการดูมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องนั่นเองอย่างน้อย 3 ส่วนคือได้ผลเพียงพอหรือไม่ เพียงใด คุ่มค่าหรือไม่เพียงใด บรรลุเป้าหมาย ครอบคลุมเพียงใด ส่วนมิติอื่นๆ อาจนำมาพิจารณาตามความเหมาะสมเช่น ความปลอดภัย ความพึงพอใจ (ราชินี, 2550)

นวัตกรรมมีความสำคัญต่อการให้บริการด้านสุขภาพ การให้บริการด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงจากระบบการให้บริการที่มีอยู่เดิม เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพบางอย่างที่เกิดขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพ ผลของการพัฒนาทำให้เกิดแนวคิดใหม่ในการประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆเกิดขึ้นมีรูปแบบต่างๆกัน ทั้งในรูปแบบวัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการ แนวคิดใหม่ที่จะช่วยให้ประชาชนแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ผลสำเร็จที่ดีขึ้นกว่าเดิม เรียกว่าเป็นนวัตกรรม การเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมที่เกิดขึ้น จึงเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ ส่งผลกระทบต่อบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทำให้ต้องมีการพัฒนามาตรฐานและนวัตกรรมทางด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมทั้งพัฒนานวัตกรรม สิ่งที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น โดยจุดมุ่งหมายในการใช้นวัตกรรมเพื่อ สามารถป้องกันภาวะวิกฤติที่

เกิดจากโรคจากการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ควบคุมและจัดการกับปัญหาที่พบได้ คงความสามารถในการฟื้นฟูสภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถพัฒนาและทดสอบได้โดยคุ้มกับค่าใช้จ่าย (สะดวก ง่าย ประหยัด และมีประสิทธิภาพ) เหมาะสำหรับผู้ป่วยในการปรับตัวต่อความเจ็บปวดช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ (วรรณภา, 2548) และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ (ณัฐยา, 2550) ซึ่งนวัตกรรมที่มักได้รับความสนใจและยอมรับกันอย่างกว้างขวางมีลักษณะสำคัญ ดังต่อไปนี้ เป็นนวัตกรรมที่ไม่ซับซ้อนและยากจนเกินไป ผู้ใช้สามารถเข้าใจได้ง่าย ใช้สะดวก ค่าวัสดุอุปกรณ์และการบำรุงรักษาไม่แพง และเป็นนวัตกรรมที่สำเร็จรูป ที่สามารถอำนวยความสะดวกในการใช้ มักไม่มีผลกระทบต่อบริบทเดิมมาก และมีคนเกี่ยวข้องไม่มากนัก ซึ่งทำให้ได้รับการยอมรับและนำไปใช้มาก

นวัตกรรมที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ มีทั้งนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ และนวัตกรรมกระบวนการ ในส่วนของนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ส่วนใหญ่จะเป็นการพัฒนา หรือปรับปรุงจากชิ้นงานที่มีอยู่เดิม ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เช่น นวัตกรรมสื่อการสอนเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหาร สื่อการสอนเรื่องการดูแลเท้า การประดิษฐ์นวัตกรรมไม้ตรวจวัดความรู้สึกที่เท้าการพัฒนาบัตรนัดผู้ป่วยเบาหวาน และนวัตกรรมกระบวนการ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การให้บริการในเชิงรุก ระบบบริการเชิงรุกจากแบบใกล้ชิดบ้านใกล้ใจ ผู้ให้บริการแบบถึงบ้านถึงใจ ซึ่งสามารถเข้าถึงปัญหาได้อย่างถึงแก่น แก้ปัญหาได้ตรงจุด ตรงประเด็น การดูแลภาวะแทรกซ้อน(เท้า)ผู้ป่วยเบาหวานโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชน และ อย.น้อยในโรงเรียน ซึ่งเป็นการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา และร่วมแก้ปัญหาไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เป็นต้น

ในปัจจุบันมีการแข่งขันด้านการให้บริการสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน จึงได้มีการสร้างนวัตกรรมและมีการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น นวัตกรรมการจัดบริการ ควรเป็นนวัตกรรมเพื่อการดูแลที่ดีกว่า และสามารถเข้าถึงคนจำนวนมากได้ โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เวลาที่ใช้ต่อผู้ป่วยแต่ละรายจะยิ่งน้อยลง การสร้างนวัตกรรมต่างๆ ในการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะส่งผลต่อการดำเนินงานของหน่วยงานให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้มีความหลากหลายทั้งวิธีการและทางเลือก มีการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดความสะดวก และเหมาะสมกับงานโดยจะมีทั้งสิ่งประดิษฐ์ แนวปฏิบัติ วิธีการดำเนินการ การจัดทำอุปกรณ์เครื่องใช้เพื่อให้ความรู้และสนับสนุน

การดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งการบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัย ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

### การทบทวนอย่างเป็นระบบ

#### แนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบ

การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) เป็นรูปแบบการวิจัยแบบหนึ่ง เพื่อตอบคำถามวิจัยที่ตั้งขึ้น โดยใช้วิธีการอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน ซึ่งเป็นการทบทวนงานวิจัยสามารถลดอคติ และข้อผิดพลาดเชิงสุ่มของงานวิจัยได้ การทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยไม่ใช้วิธีการทางสถิติในการรวมผลลัพธ์ เพื่อแสดงผลรวมเพียงหนึ่งผลลัพธ์ เรียกว่า การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงคุณภาพ สำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ใช้วิธีการทางสถิติในการรวมผลลัพธ์เรียกว่า การทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ หรือการวิเคราะห์เมตา (มาลินี 2544, Greenhalgh 1997) ปัจจุบันยอมรับคำว่า การทบทวนอย่างเป็นระบบ เป็นคำที่ใช้กับกระบวนการทบทวนมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 เป็นการสังเคราะห์ขึ้นใหม่จากข้อมูลหลักฐานวิทยาศาสตร์เดิมอย่างเป็น เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากอคติ และความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากโอกาสการสังเคราะห์มีการใช้วิธีการทางสถิติคำนวณจากตัวเลขข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เดิมด้วยจะเรียกว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การทบทวนอย่างเป็นระบบนี้มีความต้องการมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่เฉพาะผู้ที่ทำเวชปฏิบัติที่จะนำมาใช้ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกประจำวันเท่านั้นผู้ที่ตัดสินใจเชิงนโยบาย การกำหนดระเบียบ การกำหนดสิทธิประโยชน์ต่างๆ การประเมินเทคโนโลยีด้าน หรือการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ ฯลฯ ก็ต้องใช้กระบวนการนี้ ตลอดถึงการวิจัยเรื่องใหม่นั้นในการทบทวนวารสาร ก็ต้องการทบทวนที่เป็นระบบให้ทราบถึงเหตุผลความจำเป็นและสถานการณ์ องค์ความรู้ในเรื่องนั้นๆเป็นอย่างไร ยังขาดความรู้ในพื้นที่ใดบ้าง มิใช่เป็นการทบทวนวารสารเพื่อหาเหตุผลมาสนับสนุนความต้องการของผู้ทำวิจัยเท่านั้น องค์การที่เป็นผู้สนับสนุนทุนการวิจัยในปัจจุบันเริ่มต้องการส่วนนี้ และมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนโครงการที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ของ การทบทวนอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรวิจัยที่มีอย่างจำกัดให้ได้ประโยชน์ที่สุด (Chalmers & Haynes, 1994)

#### ความสำคัญของการทบทวนอย่างเป็นระบบ

ความรู้ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ได้แก่ ความรู้จากการวิจัย ปัจจุบันนี้ ความรู้ซึ่งเป็นผลงานงานวิจัยด้านสุขภาพมีปรากฏอยู่เป็นจำนวนมาก การที่จะบอกชัดเจนได้ว่าการวิจัยในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมีความพอเพียงและสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด ประเด็นใดที่ควรศึกษาต่อหรือ ประเด็นใดที่ควรสรุปความรู้ได้แล้วนั้น ไม่สามารถกำหนดได้เพียงการพิจารณาจากจำนวนงานวิจัยเพียงอย่างเดียว นอกจากนั้นการที่จะสามารถนำความรู้จากการวิจัยไปใช้ในการตัดสินใจหรือกำหนดนโยบายด้านสุขภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะทำได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพให้เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด การทบทวนความรู้แบบดั้งเดิมหรือการทบทวนเชิงพรรณนานั้นมีความแตกต่างจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ คือ ไม่มีวิธีการเป็นขั้นเป็นตอน มีความลำเอียงในการเลือกงานวิจัย ผลการศึกษานั้นไม่มีการประเมินคุณภาพ การสรุปผลนั้นยังไม่แน่นอนและอาจโน้มเอียงตามความคิดของผู้ทบทวนและไม่ได้ใช้ระเบียบวิธีที่เป็นวิทยาศาสตร์ (Duley, 1996; Needleman, 2002) ส่วนการทบทวนอย่างเป็นระบบนั้นจะมีวิธีเป็นขั้นตอน ลดความลำเอียงในการเลือกงานวิจัย มีแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ในบางการทบทวนงานวิจัยมีการใช้วิธีการทางสถิติคำนวณเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเรียกว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ซึ่งการทํานั้นต้องมีการตรวจสอบของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ (Needleman, 2002) อีกทั้งการทบทวนอย่างเป็นระบบนั้นไม่ใช่เป็นการค้นหาความจริงเฉพาะบางส่วนเท่านั้นแต่สนใจ “ความจริงใจของคร่อม” นั่นคือต้องสืบค้นข้อมูลที่มีคุณภาพดี เท่าที่มีอยู่ทั้งหมดให้รอบด้านมาตอบปัญหาทางคลินิกที่เผชิญ (สมเกียรติ, รัตนา และ โยธี, 2547) แต่ถึงอย่างไรการทบทวนอย่างเป็นระบบก็มีข้อเสียอยู่บ้าง คือ จากการจำกัดหลักฐานที่ดีพิมพ์เฉพาะภาษาใดนั้น อาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้ เนื่องจากการตีพิมพ์ในบางประเทศเป็นการศึกษาที่มีผลบวกมากกว่า ส่วนผลงานวิจัยที่เป็นผลลบจะไปตีพิมพ์ในวารสารท้องถิ่นหรือบางที่เอกสารที่มีคุณภาพดี แต่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ในฐานะข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทั่วไป เนื่องจาก อดตีจากการตีพิมพ์ และบางครั้งผลที่ได้จากการทำทบทวนอย่างเป็นระบบอาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยใหญ่ที่ออกแบบดีมีคุณภาพได้ ฉะนั้นการปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดปัญหานี้ได้ (สมเกียรติ, รัตนา และ โยธี, 2547)

ความสำคัญในการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการจัดการปริมาณข้อมูล ที่เกิดขึ้นอย่างมากมายให้พร้อมที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้ โดยกระบวนการที่ใช้ในการเข้าถึงอย่างเป็นระบบ และการประเมินคุณค่าอย่างมีวิจารณ์ญาณจะเป็นการกรองข้อมูลที่ด้อยคุณภาพออกไป ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหาร หรือการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปการทำการทบทวนอย่างเป็นระบบจะใช้เวลาและค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการทำวิจัยปฐมภูมิใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับปรุงการทบทวนอย่าง

ต่อเนื่องสะสมตลอดเวลาจะทำให้การนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติยิ่งใช้เวลาสั้นลง ทำให้สามารถมองเห็นลักษณะทั่วไป โดยทั่วไปการศึกษาวิจัยแต่ละเรื่องจะไม่เหมือนกันร้อยเปอร์เซ็นต์ มีความแตกต่างกันในรายละเอียดบ้าง เมื่อทำการทบทวนอย่างเป็นระบบแล้วจะมองเห็นถึงลักษณะทั่วไปได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถบอกถึงความสม่ำเสมอของผลการศึกษาวิจัยแต่ละชิ้น บอกถึงความสม่ำเสมอของผลการศึกษาว่า สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ อธิบายถึงผลที่ไม่สม่ำเสมอหรือผลขัดแย้งกัน การที่มีการศึกษาใดที่ไม่สอดคล้องไปกับการศึกษาอื่นๆ เป็นสิ่งที่ควรพิจารณาหาคำตอบ เพิ่มอำนาจทดสอบของการศึกษาวิจัย ทำให้เห็นทิศทาง แนวโน้มชัดเจนมากขึ้น การศึกษาเดี่ยวๆ ขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็กๆ อาจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการนำข้อมูลมารวมกันมีจำนวนตัวอย่างมากขึ้น ทำให้อำนาจการทดสอบมากขึ้นและเพิ่มความเที่ยงของผล เมื่อมีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ทำให้ช่วงความเชื่อมั่น แคบลง เพิ่มความถูกต้องของผล หรืออย่างน้อยที่สุดก็สะท้อนความเป็นจริงมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการ ขั้นตอนต่างๆ แจ่มชัด ลดความผิดพลาดของการทบทวนแบบเดิมๆ สะท้อนความเป็นจริงได้มากขึ้น และหวังว่าหากมีการทำการทบทวนซ้ำตามขั้นตอนเดิมแล้วผลลัพธ์ควรเหมือนเดิม หรือถ้ามีความแตกต่างก็สามารถรู้ได้ว่าแตกต่างจากอะไร (Mulrow, 1987)

### ขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบ

กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหา

ขั้นตอนการกำหนดปัญหานี้ จะมีลักษณะเช่นเดียวกับการวิจัยโดยทั่วไป เช่นเดียวกับการวิจัยทั่วไป เพื่อจำกัดขอบเขตในการทำงานให้ชัดเจนและเหมาะสมที่สามารถหาคำตอบได้ โดยการกำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์ต้องทำการระบุให้ชัดเจนว่าต้องการตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องใด เพื่อสามารถกำหนดเกณฑ์ต่างๆ ในการคัดเลือกรงานวิจัยเข้ามาในการวิเคราะห์ โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัยอาจประกอบด้วย ชนิดรูปแบบของ ลักษณะของประชากรหรือตัวอย่างที่นำมาทำการศึกษา ชนิดของสิ่งทดลองที่จะศึกษา หรือสิ่งที่ต้องการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ชนิดของผลลัพธ์ การตั้งคำถามหรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจะช่วยให้สามารถสืบค้นงานวิจัยได้ครอบคลุม และครบถ้วนตามวัตถุประสงค์กำหนดไว้

#### ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและการคัดเลือกรงานวิจัย

การสืบค้น ซึ่งวิธีการและกระบวนการในการค้นหางานวิจัย การสืบค้นรายงานการวิจัยที่ดีจะต้องพยายามสืบค้นจากแหล่งข้อมูลหลายๆ แหล่ง เพื่อให้ครอบคลุมงานวิจัยที่มีอยู่ทั้งหมด และตรงประเด็นเป็นเรื่องสำคัญ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอคติ โดยสืบค้นจากแหล่งต่างๆ ในปัจจุบันที่มีข้อมูลข่าวสารทางด้านสารสนเทศมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้อย่างง่าย การค้นหาเองด้วยมือจากวารสารต่างๆ บทความจากงานประชุมสัมมนาต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศและจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ซึ่งการทบทวนอย่างเป็นระบบนั้นมีขั้นตอนที่ชัดเจน การสืบค้น ต้องกระทำอย่างมีแบบแผนที่รัดกุม ครอบคลุมและตรงประเด็น ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอคติซึ่งเกิดจากการคัดเลือกเฉพาะงานที่ดีพิมพ์เผยแพร่ ดังนั้นผู้วิจัยจำเป็นต้องกำหนดเงื่อนไข หรือจำกัดความของหน่วยที่สนใจศึกษาไว้อย่างชัดเจน(NHS, 2000) เพื่อจะได้ศึกษาในกลุ่มรายงานวิจัยที่มีความเหมาะสม และสามารถให้คำตอบของการวิจัยได้อย่างชัดเจน เงื่อนไขในการพิจารณาต้องระบุให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับลักษณะของประชากร รูปแบบของระเบียบวิธีวิจัย ประเภทของการจัดกระทำ ผลลัพธ์ และประเภทของผลลัพธ์ ทั้งนี้การสืบค้นทำได้ดังนี้

1. การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นที่รู้จักดีที่สุดในปัจจุบัน คือ ฐานข้อมูล MEDLINE มีข้อมูลของงานวิจัยที่ดีพิมพ์เป็นจำนวนมาก มีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สามารถขยายขอบเขตการค้นหาข้อมูลได้มากขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของข้อมูลของงานวิจัยที่จะเป็นงานที่ได้รับการตีพิมพ์เท่านั้น และมีเฉพาะข้อมูลงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ ดังนั้นในการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จึงควรสืบค้นจากหลายๆ แหล่งนอกเหนือไปจาก MEDLINE ในปัจจุบันฐานข้อมูลที่ได้รับการนิยมนำมาใช้ในการสืบค้นมีเพิ่มขึ้นจำนวนมาก และได้รับความนิยม เช่น EMBASE, CINAHL, DARE, Cochrane Library ฯลฯ อย่างไรก็ตามฐานข้อมูลเหล่านี้มีงานวิจัยที่ซ้ำซ้อนกันอยู่จึงต้องมีการตรวจสอบก่อนนำมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

2. การสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต โดยผ่านเครื่องมือสืบค้นที่มีบริการทางอินเทอร์เน็ตมากมาย เช่น [http:// www.google.com](http://www.google.com), <http:// www.webmedlit.com>, <http://www.tripdatabase.com> เป็นต้น

3. สืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงเป็นวิธีที่จะได้หลักฐานจากงานวิจัยที่ตรงประเด็น โดยเริ่มต้นการสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงของเอกสารตั้งต้นโดยเฉพาะเรื่องที่เป็นลักษณะบทความทบทวนเรื่องต่างๆ จะช่วยให้ได้ข้อมูลครบถ้วน แต่กรณีนี้อาจทำให้ได้รายงานวิจัยที่มีทิศทางของผลลัพธ์ไปในทางเดียวกันได้ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาอย่างระมัดระวัง



4. การติดต่อโดยตรงกับนักวิจัย เหมาะสำหรับการสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ในที่นี้อาจรวมถึงงานวิจัยที่มีการเผยแพร่ในวงจำกัดในที่นี้ได้แก่ เอกสารเย็บเล่ม เอกสารประกอบการประชุม และวิทยานิพนธ์ การติดต่อส่วนบุคคล ปัจจุบันรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้วิจัยในวารสารต่าง ๆ มักจะมี อีเมลล์อยู่ด้วย ซึ่งอาจติดต่อเพื่อขอรายละเอียดหรือข้อมูลเพิ่มเติมได้ ในกรณีที่ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งอื่นได้

5. การสืบค้นด้วยมือ ทำได้โดยการสำรวจ และตรวจสอบชื่องานวิจัย บทคัดย่อโดยการอ่านวารสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการสืบค้นด้วยมือจะใช้เวลาในการสืบค้นมาก จึงควรกำหนดกรอบในการสืบค้นที่ชัดเจน โดยกำหนดอายุของงานวิจัยที่ต้องการสืบค้นย้อนหลังไปกี่ปี เป็นต้น

การคัดเลือกงานวิจัย เมื่อได้งานวิจัยที่สืบค้นได้แล้ว ในการคัดเลือกงานวิจัยจะต้องมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก เพื่อให้ได้งานวิจัยที่เหมาะสมตรงประเด็น และตอบปัญหาของการทบทวนได้ โดยผู้ทบทวน และคัดเลือกงานวิจัยควรมีมากกว่า 1 คน หากได้ผลไม่ตรงกันอาจต้องหาข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งการคัดเลือกงานวิจัยอาจทำไปพร้อมๆกับการสืบค้นข้อมูลได้ คือ ขณะสืบค้นเมื่อได้รายชื่อและบทคัดย่อมาแล้ว อาจต้องพิจารณาว่าตรงตามเกณฑ์หรือไม่ และสามารถหาเอกสารฉบับเต็มได้หรือไม่

### ขั้นตอนที่ 3 การประเมินคุณภาพ

การประเมินคุณภาพงานวิจัย ในการประเมินงานวิจัยส่วนใหญ่ จะทำการประเมินโดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่ในงานวิจัย คือ ประเมินคุณภาพของรายงานการวิจัยตั้งแต่รูปแบบและวิธีดำเนินการ รวมทั้งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลว่ามีความชัดเจนถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ การประเมินคุณภาพงานวิจัยควรมีผู้ร่วมประเมินตั้งแต่สองคนขึ้นไป และควรมีการปกปิดชื่อผู้ทำการวิจัยรวมถึงชื่อวารสารที่งานวิจัยนั้นได้รับการตีพิมพ์ เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้นในการประเมินเพื่อจำแนกงานวิจัยนั้นมีคุณภาพสูงหรือต่ำ โดยทั่วไปความถูกต้องของงานวิจัยแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรก คือ ความถูกต้องภายใน หมายถึง ความถูกต้องของข้อสรุปที่ได้จากงานวิจัยเอง ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องภายใน เช่น อคติที่เกิดจากการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเพื่อได้รับสิ่งทดลอง กลุ่มที่สอง คือ ความถูกต้องภายนอก หมายถึง ความถูกต้องในการนำข้อสรุปที่ได้จากงานวิจัยไปใช้กับประชากรนอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาสิ่งทดลองที่ให้ สถานที่ในการทำวิจัย และการวัดผลสัมฤทธิ์ (Juni, Altman & Egger, 2001)

แม้ว่าการรวมผลที่ได้จากงานวิจัยหลายๆ เรื่องเข้า สามารถเพิ่มความแม่นยำของผลที่ได้ แต่ข้อสรุปที่ได้ อาจไม่ถูกต้อง หรือทำให้เข้าใจผิดได้ ถ้าการวิจัยที่ไม่เหมาะสม ปัญหาสำคัญที่พบในการทบทวนอย่างเป็นระบบ เป็นผลจากอคติที่เกิดจากการรายงานและการเผยแพร่

ผลงานวิจัย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายๆ ส่วนโดยปกติแล้วงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าผลของการศึกษาให้ผลดีหรือให้ผลที่มีนัยสำคัญทางสถิติจะมีโอกาสได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่มากกว่างานวิจัยที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างผลของการศึกษาที่นำมาเปรียบเทียบกัน วารสารที่เป็นภาษาอังกฤษจะได้รับการตีพิมพ์ ในวารสารที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ มีจำนวนมากกว่าภาษาอื่น นอกจากนี้ยังมีโอกาสที่งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์จะถูกลืมหรือถูกตีพิมพ์ซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้ง ดังนั้น การทบทวนอย่างเป็นระบบที่รวบรวมเฉพาะข้อมูลหรือผลการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ หรือไม่มีการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ อาจทำให้ผลที่ได้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ การแก้ไขปัญหานี้เนื่องจากอคติจากการรวบรวมเฉพาะงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ อาจทำได้โดยการนำผลการวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์มารวมในการทบทวนอย่างเป็นระบบด้วย ดังนั้นการรวมงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำอาจทำให้การทบทวนอย่างเป็นระบบที่ได้มีคุณภาพต่ำตามไปด้วย

#### ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลและการแปลผลข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลหลักฐานที่ผ่านการคัดกรอง และมีคุณภาพเข้าด้วยกันโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ เรียกว่า การวิเคราะห์ห่อถัก เป็นการใช่วิธีการทางสถิติ ในกรณีที่มีค่าสถิติเพียงพอ ทั้งนี้จะช่วยให้เห็นการเปรียบเทียบผลดียิ่งขึ้น หากไม่ได้อาจใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ในลักษณะการบรรยายเนื้อหา ซึ่งเป็นการบรรยายลักษณะและผลลัพธ์ โดยสรุปครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้ ระเบียบวิธีวิจัย ปีที่ศึกษา สถานที่ศึกษา ประชากรและขนาดตัวอย่าง วิธีการจัดการทำการวัดผล และความถูกต้องเที่ยงตรงของข้อมูล เป็นต้น การพิจารณาผลในบริบทที่จะนำไปใช้พิจารณาผลของการทบทวนทั้งหมดว่า ตอบปัญหาที่ตั้งขึ้นไว้หรือไม่ ความถูกต้องเที่ยงตรงของการทบทวนเป็นอย่างไร ระดับของข้อมูลหลักฐานมากน้อยเพียงใด การพิจารณาว่าใครจะเป็นผู้ใช้ผลการทบทวนด้วยวิธีการอย่างไรที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การให้คำแนะนำ (สมเกียรติ, รัตนา, และโยธี, 2547) การนำเสนอข้อมูลอาจนำเสนอในรูปแบบตาราง หรือกราฟ เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นได้ชัดเจน ส่วนการอภิปรายและให้ข้อสรุปนั้น เป็นการแปลความหมายหรือการอภิปรายผลที่ได้จากการทบทวน ตลอดจนข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ควรมีประเด็นดังต่อไปนี้เพื่อให้ผู้อ่านงานการทบทวนอย่างเป็นระบบได้ตัดสินใจนำไปปฏิบัติ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน นำผลไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยทั่วไปได้ ข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อพิจารณาในเรื่องงบประมาณ การปฏิบัติในปัจจุบัน และการชี้แจงถึงข้อดีและข้อเสียที่มีในการนำไปใช้

การดำเนินการแก้ไขปัญหาลุขภาพในปัจจุบัน มีความจำเป็นต้องอาศัยการจัดการความรู้ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาลุขภาพ การจัดบริการที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหา จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีการทำวิจัยเกี่ยวกับ

โรคเบาหวานเป็นจำนวนมาก ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคเบาหวาน วิธีการป้องกันโรคเบาหวาน รูปแบบการจัดบริการในลักษณะต่างๆ เป็นต้น การที่จะสรุปว่าวิธีการใด กิจกรรมใด ส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานนั้น มีความจำเป็นต้องใช้วิธีการที่เหมาะสม มีความเชื่อถือได้ ซึ่งการทบทวนอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีความชัดเจน เป็นองค์ความรู้หรือข้อเท็จจริงที่ค้นพบในเรื่องนั้นๆ สามารถนำไปอ้างอิง หรือใช้ในกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของงานวิจัยงานนวัตกรรม และวิเคราะห์ลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 - 2553 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ รายงานวิจัย และรายงานนวัตกรรม ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ทำการศึกษาในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ รายงานวิจัย และรายงานนวัตกรรม ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ทำการศึกษาในประเทศไทย โดยเป็นงานวิจัยจำนวน 43 เรื่อง และนวัตกรรม จำนวน 20 เรื่อง ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัย

1. เป็นงานวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เป็นงานวิจัยที่มีฉบับสมบูรณ์ โดยประกอบด้วย บทนำ วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยและอภิปรายผล สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานนวัตกรรม

1. เป็นงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เป็นงานนวัตกรรมที่มีฉบับสมบูรณ์ โดยประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญปัญหา แนวคิด/ทฤษฎีในการจัดทำนวัตกรรม วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย วิธีการดำเนินการ/ขั้นตอนการพัฒนา ผลการทดลองใช้ และผลที่เกิดขึ้น / คุณค่าและประโยชน์

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้วิจัยมี 4 ชุด ได้แก่

1. แบบประเมินคุณภาพรายงานวิจัย โดยประยุกต์จากแบบประเมินการออกแบบวิจัยของ คีออดแคนสเกล (Cochran scale) (Llopis, Hosman, Jenkins, & Anderson, 2003) และแบบประเมินงานวิจัยคอนซอร์ต (The consort group, 2001). โดยมีองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้คือ การกำหนดปัญหาวิจัย/ วัตถุประสงค์การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัย และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ของงานวิจัย (ณรงค์, 2551) โดยใช้เกณฑ์และระดับเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการวิจัยซึ่งมีเกณฑ์ทั้งหมด รวม 15 ข้อหลัก และ 42 ข้อรอง และมีการกำหนดระดับเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยในแต่ละข้อโดยมีความหมายในการให้คะแนนดังนี้

0 หมายถึง ไม่มีการระบุข้อมูล

1 หมายถึง มีการระบุข้อมูล

การประเมินคุณภาพทั้งหมดมี 42 ข้อ มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน มีเกณฑ์ในการให้คะแนนข้อที่มีข้อรองที่ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 2 ใน 3 ของข้อหลักนั้น การประเมินคุณภาพงานวิจัยในครั้งนี้ใช้เกณฑ์การประเมินระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1986) ดังนี้

ร้อยละ 80 - 100	คุณภาพระดับสูง	คะแนนระหว่าง 14 - 17
ร้อยละ 60 - 79	คุณภาพสูงระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 11 - 13
น้อยกว่าร้อยละ 60	คุณภาพระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่า 11

2. แบบประเมินคุณภาพรายงานนวัตกรรม โดยประยุกต์เกณฑ์ประเมินนวัตกรรม 2553 ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศไทย (สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2553) และเกณฑ์ประเมินคุณภาพรายงานนวัตกรรมของกองพัฒนาสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2552 (กองพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2552) การประเมินคุณภาพมีทั้งหมดมี 7 ข้อหลัก และ 19 ข้อรอง มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน ดังนี้

การประเมินคุณภาพมีทั้งหมดมี 7 ข้อหลัก และ 19 ข้อรอง มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินระดับคะแนนดังนี้

ร้อยละ 80 - 100	คุณภาพระดับสูง	คะแนนระหว่าง 80 - 100
ร้อยละ 60 - 79	คุณภาพระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 60 - 79
น้อยกว่าร้อยละ 60	คุณภาพระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่า 60

3. แบบบันทึกลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับบันทึกรายละเอียดลักษณะทั่วไปของงานวิจัย มีทั้งหมด 12 ข้อ

4. แบบบันทึกลักษณะทั่วไปของนวัตกรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับบันทึกรายละเอียดลักษณะทั่วไปของนวัตกรรมมีทั้งหมด 9 ข้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนในการตรวจสอบดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบบันทึกคุณลักษณะและแบบประเมินคุณภาพ งานวิจัยและงานนวัตกรรม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของข้อความ และภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำผลการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งจากการตรวจสอบเครื่องมือทั้ง 4 ชิ้น ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004; Polit & Hungler, 1999) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และภายใต้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานนวัตกรรมและแบบบันทึกคุณลักษณะงานนวัตกรรมที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแล้ว หาคความเที่ยงโดยใช้วิธีผู้ประเมินร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยผู้ร่วมประเมิน 2 ท่าน ซึ่งคุณสมบัติผู้ร่วมประเมินคนที่ 1 เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการวิจัยและพัฒนากระบวนการสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้ร่วมประเมินท่านที่ 2 เป็นผู้สำเร็จปริญญาโท สาขาการจัดการสารสนเทศ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เหตุที่เลือกผู้ประเมิน 2 ท่านมาร่วมประเมินเนื่องจากคุณสมบัติของผู้ประเมินไม่แตกต่างกันมากนักในด้านความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการประเมินงานวิจัย ในการตรวจสอบนั้นจะประเมินงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง และงานนวัตกรรมจำนวน 3 เรื่อง และใช้สูตรคำนวณค่าความเที่ยง (Burn & Grove, 2005; Polit & Beck, 2006) และเกณฑ์การประเมิน (Copper & Hedges, 1994) ดังนี้

$$\text{ค่าความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การแปลผลค่าความเที่ยง (Copper & Hedges, 1994)

ค่าน้อยกว่า 0.40 หมายถึง การประเมินคุณภาพวิจัย ไม่มีความเที่ยง

ค่าระหว่าง 0.40 - 0.59 หมายถึง การประเมินคุณภาพงานวิจัยมีความเที่ยงระดับปานกลาง

ค่าระหว่าง 0.60 - 0.74 หมายถึง การประเมินคุณภาพงานวิจัยมีความเที่ยงระดับดี

ค่ามากกว่า 0.75 หมายถึง การประเมินคุณภาพงานวิจัยมีความเที่ยงระดับดีมาก

ผลการตรวจสอบเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง เท่ากับ 0.93, 0.88, 0.88 ตามลำดับ (ภาคผนวก ข) ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพงานนวัตกรรมทั้ง 3 เรื่อง เท่ากับ 0.84, 0.94, 0.86 ตามลำดับ แสดงว่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและนวัตกรรมอยู่ในระดับดีมาก (ภาคผนวก ข) และ ความเที่ยงของแบบประเมินคุณลักษณะงานวิจัย (ภาคผนวก ก) และค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณลักษณะงานนวัตกรรมในการประเมินงานนวัตกรรมทั้ง 3 เรื่อง เท่ากับ 1.00 (ภาคผนวก ก) แสดงว่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณลักษณะงานวิจัยและนวัตกรรมอยู่ในระดับดีมาก

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆด้วยตนเอง ประสิทธิภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลนำมาหาความเที่ยง โดยการทดลองบันทึกข้อมูล ร่วมกับผู้ร่วมประเมินทั้ง 2 ท่าน โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆดังนี้

1. สํารวจงานวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้คำสืบค้นคือ เบาหวาน นวัตกรรมเบาหวาน สํารวจจากวารสารเกี่ยวกับสุขภาพ วารสารทางการแพทย์และพยาบาล บรรณานุกรมของรายงานวิจัยที่สืบค้นได้ บทความจากการประชุมสัมมนาที่มีการนำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรม และการสืบค้นวิทยานิพนธ์ในห้องสมุดโดยดูจากชื่อเรื่อง และคำสำคัญของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์จากการออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตของสถาบันหรือองค์กรที่ให้บริการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวกับการศึกษาและงานวิจัย งานนวัตกรรมเบาหวานในประเทศไทย ได้แก่วางานข้อมูลของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย ฐานข้อมูลโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (Thailis) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ

สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย และสำนักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เอกสารขององค์การอนามัย การสืบค้นงานวิจัย และนวัตกรรมที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ โดยติดต่อโดยตรงกับเจ้าของผลงาน หรือติดตามจากการประชุมวิชาการการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข การสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิง

2. นำงานวิจัย และงานนวัตกรรมที่สืบค้นได้มาศึกษา โดยอ่านเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจ และคัดงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ดำรวจและค้นหาเล่มฉบับสมบูรณ์ของงานวิจัยและนวัตกรรม พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 43 เล่ม และงานนวัตกรรมจำนวน 20 เรื่อง ที่เข้าเกณฑ์

4. อ่านงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินคุณภาพ และแบบบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัยและนวัตกรรมที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและนวัตกรรม แบบบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย และนวัตกรรม หากไม่ครบถ้วนหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยต้องทำการอ่านงานวิจัยนั้นอีกครั้งและทำการบันทึกเพิ่มเติม

6. นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่ม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของงานวิจัย และงานนวัตกรรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. ข้อมูลลักษณะและผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการจัดกลุ่มข้อมูล



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคัดเลือกงานวิจัยและนวัตกรรมการทำในประเทศไทย รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-พ.ศ.2553 เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของงานวิจัยและงานนวัตกรรมการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากงานวิจัย จำนวน 43 เรื่อง และงานนวัตกรรมการจัดบริการ จำนวน 20 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการสุขภาพ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 ลักษณะทั่วไปของงานนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในระบบบัณฑิตศึกษาโดยเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 27 เรื่อง รองลงมา คือ สารนิพนธ์ จำนวน 9 เรื่อง มีการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2552 มากที่สุด จำนวน 18 เรื่อง รองลงมาคือปี พ.ศ. 2550 จำนวน 10 เรื่องโดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองมากถึง 26 เรื่อง รองลงมาคืองานวิจัยเชิงพัฒนา จำนวน 11 เรื่อง ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 35 เรื่อง รองลงมาคือ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 6 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 31- 60 ราย มากที่สุดจำนวน 23 เรื่อง รองลงมา 61- 90 ราย จำนวน 9 เรื่อง ระยะเวลาจัดกิจกรรมส่วนใหญ่มากกว่า 8-16

สัปดาห์ จำนวน 34 เรื่อง ลักษณะของผู้วิจัยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 26 เรื่อง ทำการศึกษาในคลินิกเบาหวานมากที่สุด จำนวน 23 เรื่อง รองลงมาคือในชุมชน จำนวน 8 เรื่อง และสถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 12 เรื่อง รองลงมาคือ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 7 เรื่อง (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ( $N = 43$ )

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน (เรื่อง)
ประเภทของงานวิจัย	
วิทยานิพนธ์	27
ปริญญานิพนธ์	6
สารนิพนธ์	9
งานวิจัย	1
ปีที่ผลิต/เผยแพร่	
2550	10
2551	9
2552	18
2553	6
ระเบียบวิธีการวิจัย	
งานวิจัยเชิงทดลอง	1
งานวิจัยกึ่งทดลอง	26
งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ	5
งานวิจัยเชิงพัฒนา	11
กลุ่มเป้าหมาย	
ผู้ป่วยเบาหวาน	35
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	6
กลุ่มผู้ดูแล	2

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน (เรื่อง)
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)	
$\geq 30$ ราย	7
31- 60	23
61- 90	9
91- 120	3
$> 120$	1
ระยะเวลาของการจัดกิจกรรม (สัปดาห์)	
$\leq 8$	7
$> 8 - 16$	34
$> 16$	2
ประเภทของผู้วิจัย (ความรู้พื้นฐาน/ อาชีพ)	
พยาบาลวิชาชีพ	26
นักวิชาการสาธารณสุข	17
สถานที่ทำการศึกษา	
คลินิกเบาหวาน	23
ชุมชน	8
คลินิกเบาหวาน และชุมชน	4
คลินิกเบาหวาน และบ้านผู้ป่วยเบาหวาน	8
สถาบันที่ผลิตงานวิจัย	
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	7
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	3
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	5
มหาวิทยาลัยมหิดล	4
มหาวิทยาลัยบูรพา	1
มหาวิทยาลัยนเรศวร	2
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	4
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	12

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน (เรื่อง)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์	1
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น	1
โรงพยาบาลบรรพตพิสัย	1

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการสุขภาพ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

มีงานวิจัยจำนวนทั้งหมด 43 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแบ่งการจัดบริการออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือการจัดบริการเฉพาะเรื่อง (จำนวน 17 เรื่อง) และการจัดบริการแบบผสมผสาน (จำนวน 26 เรื่อง) โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาลักษณะการจัดบริการแบบผสมผสาน ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา (จำนวน 11 เรื่อง) รองลงมาคือ การจัดบริการเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร (จำนวน 9 เรื่อง) ส่วนเรื่องที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือการจัดบริการเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย (จำนวน 1 เรื่อง) และการจัดการความเครียด (จำนวน 1 เรื่อง) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามลักษณะการจัดบริการ ( $N = 43$ )

ลักษณะการจัดบริการ	จำนวน (เรื่อง)
การจัดบริการเฉพาะเรื่อง	17
การรับประทานอาหาร	9
การดูแลเท้า	6

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะการจัดบริการ	จำนวน (เรื่อง)
การออกกำลังกาย	1
การจัดการความเครียด	1
การจัดบริการแบบผสมผสาน	26
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด	2
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา	2
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด	11
การรับประทานยา	
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รับประทานยา	4
การดูแลเท้า	
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รับประทานยา	7
การจัดการความเครียด และการดูแลเท้า	

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ สามารถจำแนกกลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการได้ 5 กลวิธี คือ การให้ความรู้ กระบวนการกลุ่ม การเสริมแรง การติดตามเยี่ยมบ้าน การฝึกพฤติกรรม โดยพบว่า กลวิธีที่มีการศึกษามากที่สุด คือ การให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน (จำนวน 10 เรื่อง) รองลงมา คือ การให้ความรู้ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (จำนวน 9 เรื่อง) ส่วนกลวิธีที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (จำนวน 3 เรื่อง) (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามกลวิธีที่ใช้ ( $N = 43$ )

กลวิธีที่ใช้	จำนวน (เรื่อง)
การให้ความรู้	3
การให้ความรู้ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม	9
การให้ความรู้ ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม	5
การให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน	10
การให้ความรู้ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และการเสริมแรง	8
การให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมแรง	8

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ สามารถจำแนกผลลัพธ์การจัดบริการได้เป็น 7 ผลลัพธ์ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี พฤติกรรม ความรู้ อาการของโรค การรับรู้ และดัชนีมวลกาย ซึ่งผลลัพธ์การจัดบริการที่ศึกษามากที่สุด คือ พฤติกรรม (จำนวน 26 เรื่อง) รองลงมาคือ ระดับน้ำตาลในเลือด (จำนวน 16 เรื่อง) ส่วนผลลัพธ์ที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ ดัชนีมวลกาย (จำนวน 1 เรื่อง) (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพ ( $N = 43$ )

ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพ	จำนวน (เรื่อง)
ระดับน้ำตาลในเลือด	16
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	7
พฤติกรรม	26
ความรู้	14

ตาราง 4 (ต่อ)

ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพ	จำนวน (เรื่อง)
อาการของโรค	3
การรับรู้	14
ดัชนีมวลกาย	1

\* งานวิจัย 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์มากกว่า 1 ผลลัพธ์

### ส่วนที่ 3 ลักษณะทั่วไปของงานนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

งานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ (จำนวน 11 เรื่อง) มีการเผยแพร่นวัตกรรมในปี พ.ศ. 2553 มากที่สุด (จำนวน 7 เรื่อง) รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2551 (จำนวน 5 เรื่อง) ประเภทของผู้จัดทำนวัตกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (จำนวน 12 เรื่อง) รองลงมานักวิชาการสาธารณสุข (จำนวน 7 เรื่อง) โดยทำการศึกษาในคลินิกเบาหวานมากที่สุด (จำนวน 9 เรื่อง) รองลงมา คือ ในชุมชน (จำนวน 5 เรื่อง) ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (จำนวน 17 เรื่อง) หน่วยงานที่ผลิตนวัตกรรมมากที่สุดคือ สถานีอนามัย (จำนวน 11 เรื่อง) รองลงมาคือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (จำนวน 6 เรื่อง) (ตาราง 5)

ตาราง 5

### จำนวนงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของนวัตกรรม ( $N = 20$ )

ลักษณะทั่วไปของนวัตกรรม	จำนวน (เรื่อง)
ประเภทของนวัตกรรม	
นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์	11
นวัตกรรมกระบวนการ	9

ตาราง 5 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของนวัตกรรม	จำนวน (เรื่อง)
ปีที่ผลิต/ เผยแพร่	
2550	3
2551	5
2552	5
2553	7
ประเภทของผู้จัดทำนวัตกรรม (ความรู้พื้นฐาน/อาชีพ)	
พยาบาลวิชาชีพ	12
นักวิชาการสาธารณสุข	7
แพทย์	1
สถานที่ทำการศึกษา	
คลินิกเบาหวาน	9
ชุมชน	5
คลินิกเบาหวาน และชุมชน	2
คลินิกเบาหวาน และบ้านผู้ป่วย	4
กลุ่มเป้าหมาย	
ผู้ป่วยเบาหวาน	17
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	3
หน่วยงานที่ผลิตงานนวัตกรรม	
ศูนย์แพทย์ชุมชน	2
สถานีอนามัย	11
ศูนย์สุขภาพชุมชน	6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1



ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนงานนวัตกรรมการเป็นระบบครั้งนี้ พบว่า มีงานนวัตกรรมทั้งหมด 20 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแบ่งการจัดบริการออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือการจัดบริการเฉพาะเรื่อง(จำนวน 13 เรื่อง) และการจัดบริการแบบผสมผสาน (จำนวน 7 เรื่อง) โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะเรื่อง ในเรื่องการดูแลเท้า (จำนวน 6 เรื่อง) รองลงมาเป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร (จำนวน 4 เรื่อง) ส่วนเรื่องที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ การรับประทานยา (จำนวน 1 เรื่อง) การติดตามผู้ป่วยเบาหวานชนิด (จำนวน 1 เรื่อง) และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (จำนวน 1 เรื่อง) (ตาราง 6)

ตาราง 6

จำนวนงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับ โรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามลักษณะการจัดบริการ (N= 20)

ลักษณะการจัดบริการ	จำนวน (เรื่อง)
การจัดบริการเฉพาะเรื่อง	13
การรับประทานอาหาร	4
การดูแลเท้า	6
การรับประทานยา	1
การติดตามผู้ป่วยเบาหวานชนิด	1
การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	1
การจัดบริการแบบผสมผสาน	7
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย	2
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา	2
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า	3

การทบทวนงานนวัตกรรมการเป็นระบบครั้งนี้ สามารถจำแนกกลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการได้ 4 กลวิธี คือ การให้ความรู้ กระบวนการกลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมแรง โดยพบว่ากลวิธีที่มีการศึกษามากที่สุด คือ การเสริมแรง (จำนวน 8 เรื่อง) รองลงมาคือ การติดตามเยี่ยมบ้าน (จำนวน 7 เรื่อง) กลวิธีที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ กระบวนการกลุ่ม (จำนวน 1 เรื่อง) (ตาราง 7)

ตาราง 7

จำนวนงานนวัตกรรมการเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามกลวิธีที่ใช้ ( $N = 20$ )

กลวิธีที่ใช้	จำนวน (เรื่อง)
การให้ความรู้	4
กระบวนการกลุ่ม	1
การติดตามเยี่ยมบ้าน	7
การเสริมแรง	8

การทบทวนงานนวัตกรรมการเป็นระบบครั้งนี้ สามารถจำแนกผลลัพธ์การจัดบริการได้เป็น 6 ผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจ ดัชนีมวลกาย และอาการของโรค โดยพบว่าผลลัพธ์ที่มีการศึกษามากที่สุด คือ ความพึงพอใจ (จำนวน 17 เรื่อง) รองลงมา คือความรู้ (จำนวน 7 เรื่อง) และผลลัพธ์ที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ พฤติกรรม (จำนวน 2 เรื่อง) (ตาราง 8)

ตาราง 8

จำนวนงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ  
จำแนกตามผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพ ( $N = 20$ )

ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพ	จำนวน (เรื่อง)
ระดับน้ำตาลในเลือด	3
ความรู้	7
พฤติกรรม	2
ความพึงพอใจ	17
ดัชนีมวลกาย	4
อาการของโรค	6

\* งานนวัตกรรม 1 เรื่องศึกษาผลลัพธ์มากกว่า 1 ผลลัพธ์

### อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ทำในประเทศไทย ซึ่งมีการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2550-พ.ศ. 2553 โดยแยกเป็นงานวิจัยจำนวน 43 เรื่อง และงานนวัตกรรมจำนวน 20 เรื่อง เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของงานวิจัยและนวัตกรรม และวิเคราะห์ลักษณะการจัดบริการและผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

#### 1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในระบบบัณฑิตศึกษาโดยเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต จำนวน 27 เรื่อง เนื่องจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษานั้นเป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ทำให้มีการทำวิจัยมากกว่าในคลินิกหรือในหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคเบาหวาน (วันดี, 2551) และงานวิจัย

ของ สีนินาถ (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ด้วยการวิเคราะห์หัตถ์นิพนธ์ ที่พบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในระบบบัณฑิตศึกษา

1.2 งานวิจัยมีการเผยแพร่ในปี พ.ศ.2552 มากที่สุด จำนวน 18 เรื่อง เนื่องมาจากในปีดังกล่าว อยู่ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่มุ่งส่งเสริม การสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพมุ่งส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยในเรื่องของการป้องกันควบคุมเบาหวาน(คณะอนุกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554 , 2550) และเนื่องจากสถานการณ์ของโรคเบาหวานที่มีอัตราป่วย และอัตราตาย เพิ่มขึ้นในทุกๆปี อย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2-4 (พ.ศ. 2539 -2540, 2546 -2547 และ 2551-2552) ซึ่งพบความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.6 และร้อยละ 6.9 ตามลำดับ (วิชัย, 2553) และมีอัตราตายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2551-2553 จาก 12.22 11.06 และ 10.76 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554) ส่งผลให้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น

1.3 ประเภทของงานวิจัย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองมากถึง 26 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการวัดผลก่อนหลัง แบบมีกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยของ สีนินาถ (2543) ซึ่งพบว่างานวิจัยที่นำมาศึกษาใช้กลุ่มควบคุม จำนวน 38 เรื่อง (ร้อยละ 66.7) เนื่องจากการวิจัยกึ่งทดลองเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสามารถสรุปอ้างอิงผลไปใช้ในสถานการณ์จริงทั่วไปได้ (Polit & Beck, 2004) ทำให้เห็นความแตกต่างของผลลัพธ์การ จัดกระทำ จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดกระทำ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดกระทำอย่างชัดเจน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น และงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนมากศึกษาในภาคสนาม หรือในสถานการณ์ในชีวิตจริงที่มีการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระแต่ไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มที่มีอยู่แล้วตามสภาพธรรมชาติ (อรพินทร์, 2552) เช่นกลุ่มผู้ป่วยในสถานบริการ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

1.4 การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดจำนวน 35 เรื่องเนื่องจากการจัดบริการที่ผ่านมายังใช้รูปแบบเดิม เป็นการดำเนินการที่เน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นหลัก และในปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นภาวะที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2-4 (พ.ศ. 2539-2540, 2546-2547 และ 2551-2552) ซึ่งพบความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.6 และร้อยละ 6.9 ตามลำดับ (วิชัย, 2553) และเป็นภาระหนักของระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ

ด้านค่าใช้จ่าย (ยุพิน, 2549) จึงทำให้มีการศึกษารูปแบบการจัดบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ดูแล พบว่าจะเป็นการให้ความรู้คำแนะนำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเท่านั้นขาดการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันแนวคิดทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขจะปรับเปลี่ยนไปตามการปรับโครงสร้างของหน่วยราชการ โดยที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง และติดตามกลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการให้ความรู้ ข้อมูลและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมตามลักษณะของกลุ่มเสี่ยง แต่พบว่าความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง การปฏิบัติยังทำได้ไม่ต่อเนื่อง ขาดการประเมินผลการคัดกรองเบาหวานว่าสามารถจัดการลด หรือชะลอระยะเวลาการเกิดขึ้น โรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มประชาชนได้อย่างจริงจังหรือไม่ ประชาชนที่มีความเสี่ยงสามารถจัดการลดเสี่ยง ลดโรค ได้หรือไม่ มีข้อจำกัดทางสังคม วัฒนธรรมใดที่ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ สำหรับในประเทศไทย และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ส่วนมากจะมีการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเรื่องของการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน วิธีชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน (นิตยา, 2551)

1.5 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 31- 60 ราย มากที่สุด 23 เรื่องสาเหตุเนื่องมาจากงานวิจัยส่วนใหญ่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเพียงคนเดียว ประกอบกับงานวิจัยที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา จึงมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลา ดังนั้นหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ หรือจำนวนกลุ่มที่ศึกษาหลายกลุ่ม ก็จะทำให้การเก็บข้อมูลมีความยุ่งยาก ลำบาก

1.6 ระยะเวลาจัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8- 16 สัปดาห์ จำนวน 34 เรื่อง เนื่องจากเหตุผลของระยะเวลาการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาที่มีข้อจำกัดในด้านเวลาของผู้วิจัยที่ต้องทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้ทันในการสำเร็จการศึกษาในแต่ละปีการศึกษา ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้จะอยู่ในระยะ 9-12 สัปดาห์ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนการกระทำของบุคคลซึ่งมีปัจจัยทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง (ศิริณี, 2548) และงานวิจัยที่นำมาทบทวนในครั้งนี้ มีการวัดผลลัพธ์ในเรื่องของการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่

1.7 ลักษณะของผู้วิจัยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 26 เรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริการการพยาบาล พ.ศ. 2550 มีเป้าหมายสำคัญให้องค์กรพยาบาลและเครือข่ายพัฒนาการพยาบาลใช้เป็นแนวทางการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ โดยหนึ่งในเป้าหมายดังกล่าวเน้นการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ จากการวิจัยเพื่อให้นำไปใช้ในการป้องกัน และแก้ไข

ปัญหาสุขภาพ ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยนำองค์ความรู้ในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านการพยาบาล รวมทั้งผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย (กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพยาบาล, 2550)

1.8 การศึกษาในคลินิกเบาหวานของหน่วยบริการมากที่สุด จำนวน 23 เรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพากร (2551) ที่ทำการศึกษาโดยการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในคลินิกเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2550) ที่ศึกษาการติดตามประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าส่วนใหญ่ยังให้บริการแบบตั้งรับที่สถานอนามัย และอาจเนื่องจากในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การที่จะพบอาการน้ำตาลสูงจนหมดสติน้อยลงไปมากนั้น เนื่องจากประชาชนรู้จักโรคเบาหวานดีขึ้น มีความตระหนักมากขึ้น มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้านมากขึ้น หมั่นพบแพทย์เพื่อเริ่มต้นรักษาเร็วขึ้น (เทพ, 2554) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมและมาตรวจตามนัดหมายได้ และหน่วยบริการปฐมภูมิก็มีการจัดตั้งคลินิกเบาหวาน รวมไปถึงคำนึงสุขภาพของประชาชน เน้นการรักษามากกว่าการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลผลกระทบจากนโยบายรักษาฟรีส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น ดังนั้นคลินิกเบาหวานจึงเป็นแหล่งของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามากที่สุด

1.9 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยเป็นมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่มีความพร้อมในด้านแหล่งค้นคว้าข้อมูล และมีคณาจารย์ที่มีความรู้ความสามารถในสาขาที่เกี่ยวข้องนั้นๆ โดยที่มหาวิทยาลัยขอนแก่นมีการผลิตงานวิจัยมากที่สุด จำนวน 12 เรื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก มหาวิทยาลัยแห่งนี้มีหลักสูตรทางด้านการพยาบาลและสาธารณสุข ที่เปิดสอนอยู่หลายสาขา จึงอาจส่งผลให้มีการผลิตงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของโรคเบาหวานออกมาเป็นจำนวนมาก

## 2. ลักษณะการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการทบทวนงานวิจัย

ลักษณะการจัดบริการที่พบว่ามี การศึกษามากที่สุด คือ การจัดบริการผสมผสาน โดยเฉพาะการจัดบริการในภาพรวมทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยา เนื่องจากเรื่องดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญโดยตรงกับโรคเบาหวาน

ที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Wendy, et al, 2005; Wu, et al, 2006) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พบว่าเป็นอุปสรรคในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด (วิลรัตน์ และคณะ, 2551; สัญชัย, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังศุมาลย์ (2553) และมุกิตา (2551) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านความเครียด และในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการดูแลเท้า (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2554) และการศึกษาของ วินัย (2551) พบว่า ปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การปรับพฤติกรรมการรับประทาน การออกกำลังกาย การกินยา และการจัดการความเครียด

ลักษณะการจัดบริการรองลงมา คือ การจัดบริการเฉพาะเรื่อง พบว่าส่วนมากเป็นการจัดบริการเรื่องการรับประทานอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากอาหารมีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Nation Diabetes Information Clearinghouse, 2008) การควบคุมอาหารเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมโรคเบาหวาน จึงจะสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติได้ และยังสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ต่อภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานได้ จุดมุ่งหมายในการควบคุมและกำหนดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ก็เพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย มีระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดใกล้เคียงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการศึกษาจำนวนมากยืนยันว่าความสำคัญของวิถีชีวิตด้านการรับประทานอาหารเป็นตัวแปรสำคัญอย่างยิ่งต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ทรรศนีย์, 2550; วิทยา, 2549) และจากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานของไทยพบว่ามีคำแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการควบคุมอาหารมากเป็นอันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 85.1 (Aekplakorn et al, 2003; Wattana, 2006) ผู้ที่ปฏิบัติตัวดีในการควบคุมอาหารสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 31.8 (วินธนา, 2546) กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (พิมลรัตน์, 2551) และยังสามารถควบคุมน้ำหนักตัว ลดความรุนแรงของโรคและลดการใช้ยา ซึ่งจากการศึกษาของ จิตรกร (2548) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานถึงร้อยละ 78 แต่มีพฤติกรรมในการควบคุมอาหารที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 6.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลรัตน์ และคณะ (2551) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ถูกต้องทั้งทางด้านประเภท ปริมาณ และมีอาหาร

ลักษณะการจัดบริการที่พบว่ามีการศึกษาน้อยมาก ได้แก่การจัดบริการเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จากงานวิจัยพบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดคือการออกกำลังกาย เนื่องจากเรื่องการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลของศึกษา และบุคลากรสุขภาพมีการละเลยในปัญหาดังกล่าว ทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมักประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร ยังขาดบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ลึกซึ้งเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน การให้บริการมักมุ่งเน้นการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหารและการใช้ยาก่อนข้างมาก แต่ขาดความรู้ในการออกกำลังกาย (สมนึก, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยศกร(2551) พบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือการออกกำลังกาย และรองลงมาได้แก่การจัดการความเครียด และการศึกษาของวิมลรัตน์และคณะ(2551) พบว่า พยาบาลควรมีความรู้และทักษะด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน และในเรื่องการจัดการความเครียด อาจเนื่องมาจากการดำเนินกิจกรรมอาจจะต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลในครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิยังขาดเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโดยตรง ควรเน้นบทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาด้านการจัดการกับปัญหาความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น จึงพบว่าส่วนมากเรื่องดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาการจัดบริการแบบผสมผสาน หรือการศึกษาในภาพรวมมากกว่าการศึกษาเฉพาะเรื่อง

### 3. กลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจาก การทบทวนงานวิจัย

กลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการ พบว่าส่วนมากใช้กลวิธีผสมผสาน 2 รูปแบบมาใช้คือ การให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน จุดแข็งของกลวิธีผสมผสานนี้อยู่ที่สามารถรวมจุดเด่นของกลวิธีแต่ละลักษณะไว้ในการดำเนินการได้ ซึ่งเป็นการลดจุดด้อยของกลวิธีแต่ละอย่างลง ส่วนจุดอ่อนอยู่ตรงที่การดำเนินงานมีความซับซ้อนมากกว่าการดำเนินกิจกรรมเพียงกิจกรรมเดียว และใช้งบประมาณในการดำเนินงานสูงกว่า (สุภาพร, 2551) โดยพบว่า การให้ความรู้จากการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนมากเป็นการให้ความรู้รายกลุ่ม ด้วยวิธีการบรรยาย อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ และชมวิดิทัศน์ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความรู้จากการดู และการฟังเป็นสำคัญ ปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น มีงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้เป็นจำนวนมาก และพบว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกแก่ผู้ป่วย (เทพ, วัลลา, พงศ์อมร, ชัยชาญ และสุนทรี, 2547; บุญจันทร์, ฉัตรประอร และน้ำเพชร, 2552) ในส่วนของการติดตามเยี่ยม



บ้าน มีจุดแข็งที่มักจะมุ่งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัว การเข้าถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่เป็นการเยี่ยมเพื่อให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัว สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และประเมินผลกิจกรรมต่างๆ เช่นการดูแลสุขภาพ เพราะการเยี่ยมชมติดตามที่บ้าน ทำให้สามารถเห็นปัญหา อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการจึงสามารถปรับแบบแผนการให้คำแนะนำได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเดิมที่เป็นแบบตั้งรับต้องให้ผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิและมีการให้บริการตามกระบวนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยหลายๆรายขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนมีอาการรุนแรงมากขึ้น การให้บริการเชิงรุกในหมู่บ้านหรือในครัวเรือน จึงมีบทบาทมากขึ้นในปัจจุบันและ เป็นจุดเน้นที่สำคัญของการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (สุพัตรา และคณะ, 2553) โดยมีการจัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานวางแผนเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบมีการเยี่ยมและได้ข้อมูลนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

กลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการรองลงมา คือ การให้ความรู้ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้รับความรู้จากการลงมือกันปฏิบัติเป็นกลุ่ม กลุ่มจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของสมาชิกแต่ละคน และสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มก็มีอิทธิพลและปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน (สุวิทย์ และอรทัย, 2547) ในปัจจุบันพบว่า เป็นกลวิธีที่ได้นำมาจัดอย่างแพร่หลายทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไปตามที่ผู้จัดตั้งกลุ่มกำหนดขึ้น เช่นเพื่อการส่งเสริมความรู้ เพื่อป้องกันหรือลดภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นไม่ว่าภาวะเสี่ยงทางด้านร่างกาย อารมณ์ หรือพฤติกรรมสุขภาพกายและใจที่ดี กระบวนการกลุ่มสามารถนำมาใช้ให้กับผู้รับบริการในระดับต่างๆคือ บุคคล ครอบครัว หรือชุมชน สิ่งสำคัญคือผู้ให้บริการควรมีความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความต้องการของสมาชิกกลุ่ม และมีความสามารถในการเป็นผู้นำหรือจัดการให้กลุ่มดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมพร, 2544)

กลวิธีที่พบว่ามีศึกษาน้อยที่สุด คือ กลวิธีที่ทำเพียงรูปแบบเดียว คือการให้ความรู้ การให้ความรู้ด้านสุขภาพมีหลายวิธี ได้แก่การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม อภิปรายหมู่ ระดมความคิด สาธิต บทบาทสมมุติ เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีจะมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และทำให้เกิดการเรียนรู้ (อภิวันท์, 2546) เป็นกลวิธีที่มีจุดแข็งในส่วนที่สามารถสร้างโอกาสรับรู้ของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนหากมีการวางรูปแบบของกิจกรรมอย่างเหมาะสม) ส่วนจุดอ่อน คือ การจัดให้ความรู้ในลักษณะดังกล่าวทำได้ค่อนข้างยาก การเปลี่ยนพฤติกรรมอาจเริ่มต้นจากการให้ความรู้ แต่ความรู้

อย่างเดียวไม่เพียงพอในการเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการใช้มาตรการหลากหลาย ด้าน และส่วนใหญ่การจัดบริการแบบผสมผสานจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการใช้วิธีการใดเพียงวิธีการเดียว (สุภาพร, 2551)

#### 4. ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการทบทวนงานวิจัย

ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพ ที่พบว่ามีการศึกษา มากที่สุด คือพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัฐยา (2550) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผลลัพธ์สุขภาพที่ศึกษามากที่สุด ได้แก่ ด้านการปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ทำให้สามารถวิเคราะห์ภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้วางแผนงานโครงการ และใช้วัดประสิทธิภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพ (สุพัตร และคณะ, 2553) ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการมารับบริการตามนัด พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพราะในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น ผู้ป่วยเบาหวานควรที่จะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพในทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับตนเอง หากผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเอง

ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพ ที่พบว่ามีการศึกษา รองลงมา คือ ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ทำให้ทราบประสิทธิภาพในการให้การรักษาก่อนผู้ป่วยทั้งในด้านการรักษาผู้ป่วย การลดความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน เป็นผลลัพธ์ระยะสั้นในการติดตามผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สุพัตรา และคณะ, 2553) แม้เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด แต่การวัดระดับน้ำตาลในเลือดไม่ใช่ค่าที่ถูกต้องที่สุดในการแปลผลว่า การควบคุมโรคเบาหวานดีหรือไม่เนื่องจากเป็นค่าที่เราตรวจวัดเฉพาะบางช่วงเวลาเท่านั้น แม้ว่าจะสะดวกและราคาไม่แพง แต่การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ก็จะส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ดีตามไปด้วย ถึงแม้ว่าการตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ซึ่งเป็นการบอกได้ว่าในระยะ 2-3 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงใด จะมีความแม่นยำมากกว่าแต่มีการศึกษาในงานวิจัยเพียงเล็กน้อย เนื่องจากการทดสอบดังกล่าวมีราคาแพง ประกอบกับหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังไม่สามารถตรวจได้ และต้องใช้เวลารอผลนาน (เทพ, 2554)

ผลลัพธ์การจัดบริการที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คำนวณร่างกาย ซึ่งค่าคำนวณร่างกาย จะเป็นค่าบ่งชี้ที่ชัดเจน ถึงความอ้วนผอมของแต่ละคน ความสำคัญของการรู้ค่าคำนวณร่างกาย เพื่อประเมินหาส่วนไขมันในร่างกาย ซึ่งค่าดังกล่าวนิยมนำใช้ในการคำนวณอย่างแพร่หลาย เนื่องจากคำนวณง่าย และสามารถใช้ได้กับทุกเพศ ทุกวัย และทุกเชื้อชาติ ประโยชน์ ใช้เพื่อคัดกรองการเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ถ้าค่าที่คำนวณได้ มากหรือน้อยเกินไป จะได้ควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อรักษาระดับน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตามการใช้ค่าคำนวณร่างกายก็มีข้อเสียตรงที่ว่า การคำนวณไขมันในร่างกายบางครั้งอาจผิดพลาด เช่นคำนวณได้สูงเกินไปในกลุ่มนักกีฬา หรือคนที่มีความเครียด ในทางตรงกันข้าม ค่าคำนวณร่างกายอาจต่ำเกินไป เมื่อใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่สูญเสียมวลของกล้ามเนื้อ ค่าคำนวณร่างกายไม่เหมาะสมที่จะใช้กับเด็กหรือวัยรุ่น ผู้ใหญ่อายุมากกว่า 65 ปี และผู้หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และการสำรวจค่าคำนวณร่างกายขึ้นอยู่กับผู้ตอบแบบสอบถาม จะตอบเกี่ยวกับน้ำหนัก ส่วนสูงของตนเองและมีแนวโน้มเป็นไปได้ว่า มักจะตอบน้ำหนักตนเองต่ำกว่าความเป็นจริงและส่วนสูงตนเองสูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้น ค่าคำนวณร่างกายจึงต่ำกว่าความเป็นจริง น้ำหนักที่ถูกต้องแตกต่างจากน้ำหนักที่บันทึกไว้เนื่องจากข้อมูลไม่ตรงกัน

จากการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้ สรุปความรู้ได้ว่า ลักษณะการจัดบริการที่ได้มีการศึกษามากที่สุด เป็นการจัดการบริการแบบผสมผสาน ใน 4 เรื่องหลักได้แก่ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา กลวิธีที่นำมาใช้มากที่สุดได้แก่ การให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลลัพธ์ที่ศึกษามากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยพบว่ามีการวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ ระดับฮิโมโกลบินเอวันซี ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรม ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กลวิธี ให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านและการเสริมแรง ได้แก่ การศึกษาของ สุปราณี (2552) ศึกษาแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับ ระดับฮิโมโกลบิน และพฤติกรรม ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การศึกษาเฉพาะเรื่อง การรับประทานอาหารของ ปัทมพรีย์ (2551) ที่ศึกษาโปรแกรมการควบคุมอาหารที่บ้านในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กลวิธี ให้ความรู้ที่สถานบริการ โดยการชี้แนะ ให้ความรู้เรื่องโรค และฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการควบคุมอาหาร ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติมประเมินพฤติกรรม การควบคุมอาหาร และสนับสนุนครอบครัวในการติดตามดูแลและให้กำลังใจ ศึกษาผลลัพธ์ ระดับฮิโมโกลบิน และพฤติกรรม พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับฮิโมโกลบินลดลง และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น และการศึกษาเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร ของ จวีวรรณ (2550) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินลดลง และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่พบว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายเพียง 10 คน จึงทำให้ยังไม่สามารถสรุปความรู้จากงานวิจัยดังกล่าว ได้ว่ากลวิธีดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างชัดเจน ควรขยายกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น และควรนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปขยายผลด้วยการทำวิจัยทดลองเพื่อ ยืนยันประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

### 5. ลักษณะทั่วไปของงานนวัตกรรม การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.1 งานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ จำนวน 11 เรื่อง เนื่องจากเป็นนวัตกรรมที่ไม่มี ความซับซ้อนและยากเกินไป ไม่เสียค่าใช้จ่าย มีคนเข้ามาเกี่ยวข้องไม่มาก ให้ผลที่ชัดเจน และเป็นนวัตกรรมสำเร็จรูป สำหรับนวัตกรรมด้านสุขภาพในปัจจุบันมักเป็นนวัตกรรมที่พัฒนาต่อ ยอดจากนวัตกรรมที่มีอยู่แล้ว เพื่อปรับให้การทำงานง่าย สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และสามารถ สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการได้

3.2 มีการเผยแพร่ นวัตกรรมมากในปี พ.ศ.2551 และ พ.ศ. 2553 จำนวนใกล้เคียง กันจำนวน 5 และ 7 เรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ที่ ส่งเสริมการสร้างรูปแบบและแบบอย่างการปฏิบัติที่ดี และนวัตกรรม เพื่อการเรียนรู้และพัฒนางาน บริการสุขภาพ (คณะอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ,2550)

3.3 ประเภทของผู้จัดทำนวัตกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริการการพยาบาล พ.ศ. 2550 มีเป้าหมายสำคัญให้องค์กรพยาบาล และเครือข่ายพัฒนาการพยาบาลใช้เป็นแนวทางการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ โดยหนึ่งในเป้าหมาย ดังกล่าวนั้นการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรมทางการพยาบาลให้สามารถนำไปใช้ในการ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้องค์ความรู้ นวัตกรรมได้ ถูกนำมาใช้อย่างยั่งยืนในด้านการแข่งขันทางองค์กรสุขภาพ การนำมาปฏิบัติในทางคลินิกจะช่วย ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพยาบาล, 2550) และการกำหนดบทบาทของพยาบาลกับนวัตกรรมสุขภาพไว้อย่างชัดเจน 3 ด้าน คือ ด้านการ

คิดค้นหรือวางแผนการใช้นวัตกรรม ด้านเป็นผู้ใช้นวัตกรรม และด้านการประเมินผลนวัตกรรม (ศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมทางการแพทย์, 2553)

3.4 การศึกษานวัตกรรมในคลินิกเบาหวานของหน่วยบริการมากที่สุด จำนวน 9 เรื่อง เนื่องจากนวัตกรรมที่มีการจัดทำขึ้นส่วนใหญ่เป็นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ ซึ่งเป็นการดำเนินงานในคลินิกเบาหวานเป็นส่วนใหญ่

3.5 หน่วยงานที่ผลิตนวัตกรรมมากที่สุดคือ สถานีอนามัย จำนวน 11 เรื่อง เนื่องจากสถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสัดส่วนมากที่สุด ซึ่งกระจายอยู่ทุกตำบลทั่วประเทศ (สุรเกียรติ, 2551) และจากการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขให้มีและใช้นวัตกรรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ที่สามารถถ่ายทอดและนำไปใช้ปฏิบัติ ในการพัฒนาสุขภาพ (คณะอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10, 2550)

#### 6. ลักษณะการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการทำงานงานนวัตกรรม

ลักษณะการจัดบริการที่พบว่ามีศึกษามากที่สุด คือ การจัดบริการเฉพาะเรื่อง ได้แก่ เรื่องการดูแลเท้า โดยเป็นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ส่วนนวัตกรรมกระบวนการ เป็นการรักษาแผลที่เท้าโดยการพัฒนาวีธีการทำแผล และการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องการเกิดแผลที่เท้าส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นเบาหวาน และครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ เพราะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ลดลงและครอบครัวต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เพิ่มค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และประเทศ (วิทยา, 2553; Rathur & Boulton , 2007) ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันและควบคุมมิให้เกิดขึ้นได้ หรือเมื่อเกิดปัญหาขึ้นสามารถทำให้ทุเลาได้ การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานมีจุดประสงค์ที่สำคัญคือป้องกันไม่ให้เกิดแผลกับเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนทั้งหลอดเลือดและระบบประสาท หากละเลยไม่ดูแลสุขภาพให้ดีอาจทำให้กลายเป็นปัญหาใหญ่ตามมาได้ในภายหลัง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 15 มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต (อนุวัฒน์, 2548) อัตราการถูกตัดขาในผู้ป่วยเบาหวานมีตั้งแต่ 2.1 -13.7 รายต่อ 1,00 คน ต่อปี และภายหลังจากถูกตัดขา พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 จะถูกตัดขาอีกข้างภายในระยะเวลา 2 - 3 ปี และ 2 ใน 3 จะเสียชีวิตภายในระยะเวลา 5 ปี (ศิริพร, 2553) ดังนั้นการ

ป้องกัน การเกิดแผลที่เท้าจะช่วยลดอัตราการตัดขา ช่วยเพิ่ม คุณภาพชีวิต ลดภาระครอบครัว และ ลดค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาลระยะยาว (เทพ, 2554)

ลักษณะการจัดบริการรองลงมา คือ การจัดบริการเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะการประดิษฐ์สื่อโมเดลอาหาร เพื่อใช้ประกอบการสอนให้ความรู้เรื่องโภชนาการแก่กลุ่มผู้ป่วย ซึ่งเป็นการใช้สื่อที่ช่วยปลูกเร้าความสนใจของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้นปัจจัยหนึ่งคือการมีความรู้ความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ (ปีทมา, 2551) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้เหมาะสม คุณค่าอาหารแลกเปลี่ยน โรคเบาหวาน หรือรายการอาหารแลกเปลี่ยน เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการปรับปรุงสภาวะโภชนาการ น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สื่อที่มีเนื้อหาถูกต้อง มีความจำเพาะเจาะจง จะเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้ของผู้ป่วย (โกคินทร์, 2553)

ลักษณะการจัดบริการที่มีการศึกษาน้อย ได้แก่ การจัดบริการเฉพาะเรื่องการรับประทานยา การติดตามผู้ป่วยขาดนัด และการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ปัญหาจากการใช้ยานับเป็นปัญหาใหญ่ ทั้งด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ (มยุรี, 2551) ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยา และต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน การนัดผู้ป่วยรับยาจึงเป็นการให้การรักษอย่างต่อเนื่อง และติดตามปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีระบบนัดที่เหมาะสมสามารถตรวจสอบได้ว่า แต่ละวันได้นัดผู้ป่วยคนไหนบ้าง มีการกระจายนัดผู้ป่วยให้มีจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการตรวจรักษาในแต่ละวัน และสามารถจะระบุผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดได้ อาจจะเป็นระบบใช้เอกสาร หรือระบบคอมพิวเตอร์ หรือเทคนิคอื่นๆ เช่นการใช้กล่องบัตรนัด การมอบหมาย อสม.ในพื้นที่รับผิดชอบติดตามที่บ้านหรือโทรศัพท์ติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้การนัดผู้ป่วยมารับยาหากคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลักจะทำให้เพิ่มอัตราการมารับยาตามนัดของผู้ป่วยด้วย (สุพัตรา และคณะ, 2553)

เรื่องการติดตามผู้ป่วยขาดนัด ผู้ป่วยขาดนัดเป็นสัญญาณแรกๆ ของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ทำให้ผลการรักษาไม่ดี ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่นการไม่ตระหนักในอันตรายของตัวโรค ขาดความรู้ มีปัญหาด้านครอบครัว จิตสังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น(สุพัตรา และคณะ, 2553) ดังนั้น การพัฒนาหรือคิดค้นนวัตกรรมวิธีการในการติดตามผู้ป่วย ขาดนัดจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันกลับมาให้ความร่วมมือในการรักษา และเป็นโอกาสที่จะได้ประเมินปัญหาที่แท้จริง และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยการติดตามผู้ป่วยขาดนัดอาจจะใช้ระบบการติดตามด้วยโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้าน หรือ การติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน แกนนำผู้ป่วย รวมทั้ง ผู้นำชุมชนทั้งทางการและไม่ทางการ

เรื่องการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่าผู้ที่มีอาการเข้าข่ายเป็นเบาหวานถึง 1 ใน 3 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าตนอยู่ในกลุ่มเสี่ยง (วิชัย, 2553) การป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคตอันใกล้ และมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคนี้ในคนอายุน้อยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (เทพ, วัลลา, พงศ์อมร, ชัยชาญ และสุนทร, 2547) โรคเบาหวานก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล เพราะมีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาความเจ็บป่วยและจากการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบในการจัดบริการสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อไป เพื่อช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนัก และมารับบริการตรวจคัดกรองได้อย่างครอบคลุม

#### 7. กลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจาก การทบทวนงานนวัตกรรมการ

กลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการ พบว่าส่วนมากใช้การเสริมแรงในการจัดบริการ ซึ่งการจัดบริการดังกล่าวมีจุดแข็งในเรื่องของการคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมสภาวะของโรคเบาหวานได้ดี แต่กลวิธีดังกล่าวมีจุดอ่อนในส่วนของการใช้ทรัพยากรจำนวนมากเพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะจำเป็นต้องให้มีความต่อเนื่องเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดียังคงอยู่ต่อไป และการเสริมแรงครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นการเสริมแรงทางบวก โดยใช้วัตถุสิ่งของ แต่เป็นการเสริมแรงจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายเดียว ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่เพียงอย่างเดียว ก็จะทำให้พฤติกรรมดีส่งผลดีแค่ในช่วงการทดลองเท่านั้น เช่นเดียวกันกับในทางปฏิบัติหากมีการเสริมแรงจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรเพียงทางเดียว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็ไม่ดีเท่ากับการเสริมแรงจากแหล่งอื่นร่วมด้วย ที่สำคัญคือจากญาติหรือคนใกล้ชิดในครอบครัว (บุญเยี่ยม, 2546 อังในอรุณย์, 2548)

กลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการ ที่พบรองลงมา คือ การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้บริการที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งกลวิธีดังกล่าวเป็นการจัดบริการที่มีความเหมาะสมสำหรับการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเน้นการให้บริการส่งเสริม ป้องกันโรคเป็นหลัก การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เน้นในการดูแลผู้รับบริการ(กลุ่มเสี่ยง,กลุ่มด้อยโอกาส,ผู้ป่วย)และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อทำความรู้จักและเข้าใจสภาพปัญหา วิถีชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัว นอกจากนี้

ยังมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นที่ได้อยู่กับครอบครัว ลดภาระและความวิตกกังวลของครอบครัวสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น ภาระหน้าที่หลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การบริการเชิงรุก โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบริการ มีหน้าที่ในการช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลายเป็นระบบที่กลมกลืนไปกับ วิถีชีวิตตามปกติของชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ทำหน้าที่เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ อย่างแท้จริง ที่มีทั้งมาตรฐานและจริยธรรมที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด (สุพัตรา และคณะ, 2553) ซึ่งกลวิธีดังกล่าวถือเป็นจุดแข็งของการจัดบริการ ส่วนจุดอ่อนของการจัดบริการดังกล่าว ต้องอาศัยจำนวน และเวลาของบุคคลากรสาธารณสุขเป็นอย่างมาก

กลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการที่พบว่ามีศึกษาน้อยมาก คือ กระบวนการกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นกลวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกัน สมาชิกเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ ภายใต้วามรู้สึว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (พรทิพย์, 2550) เป็นวิธีที่จะช่วยให้ทราบปัญหาของผู้ป่วย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะช่วยสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการของโรค สมาชิกได้ระบายนปัญหาต่างๆ ได้รับการยอมรับ มีความเข้าใจอย่างแท้จริงทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ มีความเข้าใจอย่างแท้จริงทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับกำลังใจ และการช่วยเหลือสนับสนุน กลุ่มสามารถตัดสินใจในการเลือกวิธีที่ถูกต้องในการนำไปใช้ได้ดีขึ้น (สงกรานต์, 2548) ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งของกลวิธีนี้ ส่วนจุดอ่อนก็จะขึ้นอยู่กับผู้นำกลุ่ม ซึ่งมักจะขาดทักษะและประสบการณ์ในการดำเนินกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิก เจ้าหน้าที่จึงยังมีบทบาทในการช่วยเหลือกลุ่มให้ดำเนินไปเพื่อวัตถุประสงค์ของกลุ่ม (พรทิพย์, 2550) ส่วนอุปสรรคในการพัฒนากลุ่ม คือ ปัญหาด้านสุขภาพ และการกิจความรับผิดชอบโดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.35) เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป (สำนักกระบวนวิชา กองควบคุมโรค, 2554) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้ อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ที่ได้จากการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะมีประโยชน์ทั้งด้านสุขภาพกายสุขภาพจิตและสังคม โดยเฉพาะการเห็นคุณค่าในตนเอง (อุบลรัตน์, 2550)



## 8. ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการทบทวนงานนวัตกรรม

ผลลัพธ์การจัดบริการ พบว่าส่วนมากศึกษาเรื่องความพึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการนับได้ว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในปัจจุบันทางด้านคุณภาพการให้บริการเป็นตัวชี้วัดที่นิยมใช้ (วิภาดา, 2548) โดยผลที่ได้จากการประเมิน สามารถนำไปแก้ไขพัฒนางานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้เป็นตัววัดคุณภาพของงานบริการ บอกถึงทัศนคติของผู้รับบริการต่องานบริการนั้นๆต่อผู้ให้บริการ นอกจากนั้นยังสามารถนำมาใช้เป็นตัวคาดคะเนถึงผลลัพธ์ของการให้บริการและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ซึ่งผลลัพธ์เรื่องของความพึงพอใจเป็นการวัดที่สามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยากโดยสามารถทำการวัดได้หลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวก ความเหมาะสม ตลอดจนเป้าหมายของการวัดด้วย และสามารถทราบผลได้อย่างรวดเร็ว แต่ผลลัพธ์ความพึงพอใจก็มีขอบเขตที่จำกัดด้วย อาจมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ความพึงพอใจสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผ่านการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เป็นความรู้สึกชอบสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ค้นพบได้ตามปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดหวังของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ นอกจากนี้ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่แสดงออกมาในระดับมากน้อยได้ ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการประเมินสิ่งที่ได้รับจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ด้านการประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม ซึ่งจะเห็นขั้นตอนที่จะพิสูจน์ว่านวัตกรรมที่พัฒนา/จัดทำขึ้นนั้น เมื่อนำไปใช้จริงจะเกิดประโยชน์สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำนวณตรงกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ

ผลลัพธ์การจัดบริการรองลงมา คือ ความรู้ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคเบาหวานช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจในความสำคัญของการรักษาและการปฏิบัติตัว เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรคและอาการแทรกซ้อน และ เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการถ่ายทอดข้อมูลของผู้ให้บริการ และจากการศึกษาของ Siripitayakunkit (2005) โดยการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 1997-2002 พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานมีการติดตามในระยะสั้นๆและขาดกลไกการให้ความรู้ที่ได้มาตรฐานที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ จึงต้องมีการพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อสร้างความตระหนักและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

ผลลัพธ์การจัดบริการที่พบว่ามีการศึกษาน้อยได้แก่ พฤติกรรม ปัญหาสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงควรให้ความสำคัญต่อการศึกษากิจกรรมสุขภาพของบุคคลหรือชุมชน โดยการวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นต้นเหตุของปัญหา แล้วหาวิธีที่เหมาะสมมาใช้ในการปลูกฝังหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง เนื่องจากงานนวัตกรรมส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลลัพธ์ในระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งการติดตามพฤติกรรมส่วนใหญ่ ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 16-25 สัปดาห์ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนการกระทำของบุคคล ซึ่งมีปัจจัยทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง (ศิริณี, 2548)

จากการทบทวนงานนวัตกรรมครั้งนี้ สรุปความรู้ได้ว่า ลักษณะการจัดบริการที่ได้มีการศึกษามากที่สุด คือ การจัดบริการเฉพาะเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องการดูแลเท้า กลวิธีที่นำมาใช้มากที่สุด คือ การเสริมแรง โดยเป็นการเสริมแรงทางบวกจากเจ้าหน้าที่ โดยใช้วัตถุ สิ่งของ และศึกษาผลลัพธ์ ด้านความพึงพอใจต่อนวัตกรรมมากที่สุด โดยพบว่ามีนวัตกรรมเพียง 2 เรื่องเท่านั้นที่ศึกษาผลลัพธ์ ระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรม และความพึงพอใจ ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การศึกษาของ วารุณี (2553) ที่พัฒนานวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ นวัตกรรมสติ๊กเกอร์เปลี่ยนสี พฤติกรรมเปลี่ยนไป เป็นการใช้กลวิธีการเสริมแรง โดยใช้วัตถุสิ่งของ และการศึกษาของ จุฑามณี (2552) ที่พัฒนานวัตกรรมกระบวนการ กลุ่มผู้สูงอายุเบาหวานโดยใช้กลวิธี กระบวนการกลุ่ม แต่พบว่าการใช้กลวิธีดังกล่าวมีการนำมาศึกษาเพียงเรื่องเดียว จึงยังไม่สามารถสรุปความรู้จากนวัตกรรมดังกล่าว ควรมีการศึกษาโดยใช้กลวิธีกระบวนการกลุ่มเพิ่มเติม

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของงานวิจัยและนวัตกรรม และวิเคราะห์ ลักษณะการจัดบริการ กลวิธีที่ใช้ และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประชากรที่ศึกษาคือ งานวิจัยและนวัตกรรมที่ทำการศึกษาในประเทศไทยที่มีการเผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2553 โดยสืบค้นจากแหล่งข้อมูลต่างๆดังนี้ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วารสาร รายงานการประชุม รวมทั้งสืบค้นจากบรรณานุกรมพบว่ามีการวิจัยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 43 เรื่อง และนวัตกรรม 20 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล มี 4 ชิ้น ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยประยุกต์จากแบบประเมินการออกแบบวิจัยของค็อกครันสเกล (Cochran scale) (Llopis, Hosman, Jenkins, & Anderson, 2003) และแบบประเมินงานวิจัยคอนซอร์ต (CONSORT checklist, 2001) แบบประเมินคุณภาพงานนวัตกรรมโดยประยุกต์เกณฑ์ประเมินนวัตกรรม 2553 ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศไทย (สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2553) และเกณฑ์ประเมินคุณภาพรายงานนวัตกรรมของกองพัฒนาสาธารณสุขสำนักงานมหาดไทย กรุงเทพมหานคร 2552 (สำนักงานมหาดไทย, 2552) แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย และแบบบันทึกคุณลักษณะนวัตกรรม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ร่วมประเมินจำนวน 2 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการจัดกลุ่มข้อมูล

#### สรุปผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในระบบบัณฑิตศึกษา โดยเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (จำนวน 41 เรื่อง) มีการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2552 มากที่สุด (จำนวน 18 เรื่อง) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (จำนวน 26 เรื่อง) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด (จำนวน 35 เรื่อง) กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 31- 60 ราย ราย มากที่สุด (จำนวน 23 เรื่อง) ลักษณะของผู้วิจัยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

(จำนวน 26 เรื่อง) ระยะเวลาจัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8 - 16 สัปดาห์ (จำนวน 34 เรื่อง) ศึกษาในคลินิกเบาหวานมากที่สุด (จำนวน 23 เรื่อง) และสถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (จำนวน 12 เรื่อง)

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการทบทวนงานวิจัย สามารถจำแนกได้เป็น 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ การจัดบริการเฉพาะเรื่องโดยมีจุดเน้นที่คล้ายกัน คือการให้การดูแลเฉพาะเรื่อง เฉพาะประเด็นที่ต้องการเน้นหรือเป็นปัญหา และ การจัดบริการแบบผสมผสาน โดยเป็นการจัดบริการในภาพรวม โดยพบว่าเรื่องที่มีการศึกษามากที่สุดเป็นการจัดบริการแบบผสมผสาน (จำนวน 26 เรื่อง)ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา รองลงมาเป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร (จำนวน 9 เรื่อง) ส่วนลักษณะการจัดบริการที่พบว่ามีศึกษาน้อยมากได้แก่การจัดบริการเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย (จำนวน 1 เรื่อง) และการจัดการความเครียด (จำนวน 1 เรื่อง)

กลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการ สามารถจำแนกได้เป็น 5 กลวิธี คือ การให้ความรู้ กระบวนการกลุ่ม การเสริมแรง การติดตามเยี่ยมบ้าน การฝึกพฤติกรรม โดยพบว่ากลวิธีที่มีการศึกษามากที่สุดได้แก่ การให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน (จำนวน 10 เรื่อง) รองลงมาเป็นการให้ความรู้ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (จำนวน 9 เรื่อง) ส่วนกลวิธีที่พบว่ามีศึกษาน้อยที่สุด คือ การให้ความรู้อย่างเดียว (จำนวน 3 เรื่อง)

ผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 7 ผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบิน พฤติกรรม ความรู้ อาการ การรับรู้ ดัชนีมวลกาย โดยพบว่าโดยพบว่าผลลัพธ์ที่มีการศึกษามากที่สุด คือ พฤติกรรม (จำนวน 26 เรื่อง) รองลงมา คือ ระดับน้ำตาลในเลือด (จำนวน 16 เรื่อง) ส่วนผลลัพธ์ที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ ดัชนีมวลกาย (จำนวน 1 เรื่อง)

ลักษณะทั่วไปของงานนวัตกรรมเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่เป็นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ (จำนวน 11 เรื่อง) มีการเผยแพร่ นวัตกรรมในปี พ.ศ. 2553 มากที่สุด (จำนวน 7 เรื่อง) รองลงมาคือปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2551 (จำนวน 5 เรื่อง) ประเภทของผู้จัดทำนวัตกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (จำนวน 12 เรื่อง) รองลงมาคือนักวิชาการสาธารณสุข (จำนวน 7 เรื่อง) โดยทำการศึกษาในคลินิกเบาหวานมากที่สุด (จำนวน 9 เรื่อง) รองลงมา คือ ในชุมชน (จำนวน 5 เรื่อง) ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (จำนวน 17 เรื่อง) หน่วยงานที่ผลิตนวัตกรรมมากที่สุดคือ สถานีอนามัย (จำนวน 11 เรื่อง) รองลงมา คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (จำนวน 6 เรื่อง)

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการทบทวนงานนวัตกรรมการบริการสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ การจัดบริการเฉพาะเรื่อง และการจัดบริการแบบผสมผสาน พบว่าส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการเฉพาะเรื่อง (จำนวน 13 เรื่อง) โดยเฉพาะเรื่องการดูแลเท้า (จำนวน 6 เรื่อง) รองลงมาเป็นการจัดบริการเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร (จำนวน 4 เรื่อง) ส่วนลักษณะการจัดบริการที่พบว่ามีการศึกษาน้อยที่สุดได้แก่ การจัดบริการเฉพาะเรื่องการรับประทานยา (จำนวน 1 เรื่อง) การติดตามผู้ป่วยเบาหวานชนิด (จำนวน 1 เรื่อง) และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (จำนวน 1 เรื่อง)

กลวิธีที่ใช้ในการ สามารถจำแนกได้เป็น 4 กลวิธี คือ การให้ความรู้ กระบวนการกลุ่ม การเสริมแรง การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยพบว่ากลวิธีที่มีการศึกษามากที่สุด คือ การเสริมแรง (จำนวน 8 เรื่อง) รองลงมาเป็นการความรู้ (จำนวน 7 เรื่อง) ส่วนกลวิธีที่พบว่ามีการศึกษาน้อยที่สุดได้แก่ กระบวนการกลุ่ม (จำนวน 1 เรื่อง)

ผลลัพธ์การจัดบริการ จำแนกได้ 6 ผลลัพธ์ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ ความพึงพอใจ อาการของโรค โดยพบว่าผลลัพธ์ที่มีการศึกษามากที่สุด คือ ความพึงพอใจ (จำนวน 17 เรื่อง) รองลงมา คือความรู้ (จำนวน 5 เรื่อง) และผลลัพธ์ที่มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ พฤติกรรม (จำนวน 2 เรื่อง)

จากผลการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า กลวิธีที่นิยมนำมาทดสอบ และมีความเหมาะสมสำหรับการจัดบริการ ได้แก่ การให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือการเสริมแรง โดยมีการประเมินผลลัพธ์ด้วยการวัดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากการทบทวนงานวิจัยการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าการจัดบริการที่มีความเหมาะสม คือ การใช้กลวิธีผสมผสาน โดยการให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่

2. จากการทบทวนงานนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าการจัดบริการที่มีความเหมาะสม คือการเสริมแรงซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆเพิ่มเติม เช่น กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างขวาง และครอบคลุมเพื่อนำมาใช้ในการจัดบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในเรื่องของผลลัพธ์การจัดบริการ เช่น ระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย หรือน้ำหนัก เนื่องจากมีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวน้อยมาก และผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นดัชนีชี้วัดการควบคุมโรคเบาหวานในระยะยาวที่มีความน่าเชื่อถือ
3. ควรทำการศึกษานวัตกรรมเพิ่มเติม เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา การติดตามผู้ป่วยเบาหวานขาดนัด และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากประเด็นดังกล่าวมีความสำคัญ และส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง

## บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ ปานทอง. (2548). ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีรำไม้พลองป้าบุญมีต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [สงขลา].
- กัญญา สุขะมั่ง. (2551). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [เชียงใหม่].
- เกรียงไกร ก่อเกิด. (2548). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [เชียงใหม่].
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้มาตรฐาน. นนทบุรี: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพยาบาล สำนักการพยาบาล. (2550). ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์ จำกัด.
- กองพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2552). นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักอนามัย พ.ศ. 2552. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการในโครงการนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข 5-6 สิงหาคม 2552 ณ โรงแรมอินทรา รีเจนท์ กรุงเทพมหานคร.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). มาตรฐานงานสุศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ขนิษฐา นันทบุตร [กล้าเผชิญ โชคบำรุง]จินตนา ลีละไกรวรรณ [ปราณี ชีโรโสภณ]และพิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. (2546). การศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน (ระยะที่ 1). วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 21(3) [22-36].
- เขมรธรรมิ ขุนศึกเม้งราย. (2550). การให้บริการดูแลรักษาโรคเบาหวาน. ในวรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ (บรรณาธิการ) [สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550 (หน้า 39- 46). กรุงเทพมหานคร: วิวัฒนาการพิมพ์.

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550- 2554). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จำลอง ดิษยาณิษ และพริ้มเพรา ดิษยาณิษ. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และเจด็จ ธรรมธัชอารี. (2547). พลังปัญญา: สู่การพัฒนากลักระกันสุขภาพถ้วนหน้า. การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิตรกร วิเศษปัสสา. (2548). ศึกษาการติดตามการเยี่ยมบ้านกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].
- จุฬา อัจฉิชัย. (2550). การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [มหาสารคาม].
- จุฑามณี คำแหงพล. (2552). นวัตกรรมคู่มือผู้ป่วยเบาหวาน สถานีอนามัยหนองตอกแป้น อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. ค้นเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2553 จาก <http://203.157.186.15/hyt/files/docs>
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2552). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ ทองสาร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ [นครศรีธรรมราช].
- นายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2548). แนวโน้มสถานการณ์ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อและมาตรการในการป้องกันและจัดการความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและหลอดเลือด. ในการประชุมวิชาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วันที่ 27 มิถุนายน 2548 (อัดสำเนา). พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- ชนัญญา สุระเดชาธ. (2553). การพัฒนาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล โรงพยาบาลหนองแขง จังหวัดสระบุรี. ปรินญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขา



การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร  
กรุงเทพมหานคร.

ชัยณัฐ พันธุ์เจริญ. (2552). ปรัชญาของทักษะการสื่อสาร. ใน วีระศักดิ์ ชลไชยะ สุชีรา ฉัตรเพริศ

พราย ชัยณัฐ พันธุ์เจริญ และจรงค์จิตร งามไพบูลย์ (บรรณาธิการ) *ทักษะสื่อสารเพื่อความ  
เป็นเลิศทางการแพทย์* (หน้า 3- 18). กรุงเทพมหานคร: บริษัทนาเพลสจำกัด.

ชูชัย ศุภวงศ์ สัมศักดิ์ ชูณหรัศมี สีดดา ดำริการเลิศ สุพัตรา ศรีวณิชชากร ภิรม เวชสุทรานนท์  
และศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลสุภาพดาบด* (พิมพ์ครั้งที่  
2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ณัฐยา สันตะการผล. (2550). *การบริหารจัดการนวัตกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ชรรคม  
ผลการพิมพ์.

ณัฐยา จารุชัยนิวัฒน์. (2546). *การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วย  
เบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น.

ณัฐยา ดันติศิริวัฒน์ และศิริพร จันทร์ฉาย. (2552). ปัญหาเท้าที่พบบ่อยในคลินิกเบาหวาน. *J Med  
Assoc Thai*, 91(7) 1097-1101.

ณรงค์ โพธิ์พุกขานันท์. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: เอ็กสเปอร์เน็ท.  
ทรงศนีย์ สิริวัฒนพรกุล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย  
เบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*. 1(2) 57-67.

เทพ หิมะทองคำ. (2546). *ความรู้เรื่องเบาหวาน*. ในรัชตะ รัชตะนาวัน และธิดา นิงสานนท์.  
(บรรณาธิการ) *ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์* (หน้า 70-74). กรุงเทพมหานคร: บริษัท  
จูนพับลิชชิ่งจำกัด.

เทพ หิมะทองคำ. (2554). *เบาหวานฉบับเทพ*. กรุงเทพมหานคร: รัก99 พรินติ้งจำกัด.

เทพ หิมะทองคำ ชนิภา สุระสิงห์ชัยเดช นที อนันตกุลนธิ ธิดา นิงสานนท์ บุญส่ง องค์พิพัฒ  
นกุล ประเสริฐ ไตรรัตน์วรกุล และคณะ. (2552). ใน รัชตะ รัชตะนาวัน และธิดา นิงสา  
สงค์ (บรรณาธิการ) *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 70-74).  
กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์.

เทพ หิมะทองคำ วิไลดา ดันตโยทัย พงศ์อมร บุญนาค ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และสุนทรี นาคะ  
เสถียร. (2547). *รายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณ์ : โครงการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ  
เบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดสูง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร  
ผ่านศึก.

- ชิตี สันบุญ [และวราภณ วงศ์ถาวรัตน์. (บรรณาธิการ). (2549). การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ภักดิ์จริง. (2548). การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัวในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนกิ่งสามหมอก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].
- นภาพร บุญยืน. (2550). ผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร [พิษณุโลก].
- น้ำทิพย์ เอี่ยมรักษา. (2547). พฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองเพื่อรักษาโรคของผู้ป่วยนอก: ศึกษากรณีวิชรพยาบาล. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ [กรุงเทพมหานคร].
- นัญญา เพียรสูงเนิน. (2550). ประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน: การวิเคราะห์ห่อภิมาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [กรุงเทพมหานคร].
- นิระมล สมตัว. (2550). การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องของศูนย์สุขภาพชุมชน. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].
- นิตยา แก้วสอน. (2548). แรงจูงใจภายในและพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2551). การเสริมพลังกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. นนทบุรี: จตุพรดีไซท์.
- นุชรี อาบสุวรรณ [และนิตยา พันธุเวชย์. (2554). ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2554 (ปีงบประมาณ 2555). ค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2554 จาก <http://th.incd.com/news/document-view.php?id=2031>
- บุญเจิด โสภณ. (2548). ความสำคัญของงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ [ฉัตรประอร งามอุโฆษ] และน้ำเพชร สายบัวทอง. (2552). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวาน ภายหลังเข้าอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม. *รามาวุธสาร*. 14 (3) 289 - 297.
- วารุณี จุลนวล. (2553). โครงการนวัตกรรม สดักเกอร์เปลี่ยนสี พฤติกรรมเปลี่ยนไป. *เอกสารงานโครงการนวัตกรรมด้านสุขศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. งานมหกรรมคุณภาพและประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปี 2553 รวมพลังสร้างคุณค่า ประชามิสุข 6- 7 พฤษภาคม 2553 ณ โรงแรมเจบี อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.
- ปกรณ ศิริยง. (2547). เอกสารการสอนชุดวิชาวิทยาการระบาดและการควบคุมโรคหน่วยที่ 9- 15. (พิมพ์ครั้งที่ 7) หน้า 206 - 217. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประมุข มุทิตางกูร. (2548). แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สุทิน ศรีอัยฎาพร และวราณี นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ) *โรคเบาหวาน*. (หน้า 563 – 581). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปัทมา โกมุตบุตร. (2551). ด้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. *วารสารคลินิก*. 24(4) 1-9.
- ปิยะธิดา นาคเกษียร. (2550). การพัฒนาชุดข้อมูลเพื่อการบริการสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น* [ขอนแก่น].
- พนพัฒน์ โตเจริญวานิช. (2551). การจัดบริการปฐมภูมิ การดูแลเบาหวานในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล. สงขลา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้.
- พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญกิจ. (2552). การสื่อสารสุขภาพ: ประโยชน์และความจำเป็นของการศึกษาด้านนิเทศศาสตร์และการบริการด้านสุขภาพ. *วารสารนิเทศศาสตร์ปริทัศน์มหาวิทยาลัยรังสิต*. 12(2) 1-15.
- พรรณี ทิพย์ธาดล. (บรรณาธิการ). (2552). *แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ* ในสถานบริการและในชุมชน. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพยาบาลส่งเสริมการส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิมลรัตน์ อินเสน. (2551). *การสำรวจงานวิจัยพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.

- เพ็ญศรี ควรมิณ. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม.
- เพ็ญศิริ วังเกล็ดแก้ว. (2545). ผลทางคลินิกของการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาบำบัดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 62 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาหารเคมีและโภชนศาสตร์ทางการแพทย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่.
- พรทิพย์ โคตรสมบัติ. (2550). การพัฒนาการปฏิบัติการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: การส่งเสริมควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น.
- พรทิพย์ ชุ่นอิม วัณดี สุทธิรังสี และบุญวดี เพชรรัตน์. (2551). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: กรณีศึกษาผู้มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 26 75 – 90.
- ภavana กิริติยวงศ์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: พี. เพรส.
- ภัศราพร เจริญศักดิ์จรร. (2550). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี การเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การสูญเสียพลังอำนาจและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น.
- โกคินทร์ ศักรินทร์กุล. (2553). การสร้างและหาประสิทธิภาพวิธีการสอนเรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยนหมวดผักสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 1(2) 6-12.
- มยุรี เดชบุญ. (2553). การศึกษาพฤติกรรมและปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. ค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2554 จาก [http://s1r1peehe1th.net/modules.php?n1me=1ctiveshow\\_mod&file=1rticle&1sid=19](http://s1r1peehe1th.net/modules.php?n1me=1ctiveshow_mod&file=1rticle&1sid=19)
- มยุรี สมอาษา. (2551). รูปแบบการสร้างพลังต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม.

- มาลินี เหล่าไพบูลย์. (2544). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ : การวิเคราะห์เมตา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 10 151-171.
- มนทิพา ทรงพานิช. (2549). *แนวทางการจัดบริการ โปรแกรมสุขภาพแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมการสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- มูทิตา ชมพสุศรี. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. *พยาบาลสาร*. 35 (4) 120-131.
- ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์. (2549). *CONTINUING MEDICAL EDUCATION PLUS*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเชอริกราฟฟิค 1991 จำกัด.
- เยาวเรศ ประภาษานนท์. (2554). *แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ*. ค้นเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2554 จาก [http://61.19.124.180/mnge\\_new/Plpic/concept%20nd%20HPModel.doc](http://61.19.124.180/mnge_new/Plpic/concept%20nd%20HPModel.doc)
- ยศกร เนตรแสงทิพย์. (2551). ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2 709 – 715.
- ยศนันท์ ภูเมฆ. (2547). *ผลการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมาตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น.
- รัชณี สรรเสริญ. (2550). *โครงการสร้างนวัตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ.2550 ณ ห้องประชุม 1 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา กลุ่มงานเวชกรรม โรงพยาบาลสงขลา*.
- วนิดา มานะกิจจกมล. (2549). *การใช้ดัชนีวัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสระบุรี*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ สาขาเภสัชกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.
- วรารักษ์ หวังจิตเชียร. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 โรงพยาบาลอัมพวา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารแพทย์เขต 7*. 27, 1093-1113.

- วรรณภา ศรีชัยรัตน์. (2548). *นวัตกรรมและการพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุ*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณิ นิธิยานันท์. (2548). เบาหวานและการออกกำลังกาย. ใน สุทิน ศรีอัยภาพร และวรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ) *ตำราโรคเบาหวาน* (หน้า 131-142). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วันดี ใจแสน. (2551). *บททวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ *เชียงใหม่*.
- วินัย เกตุรานุวัฒน์. (2551). ผลการร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อการควบคุมโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2 *623 – 630*.
- วิภาดา คุณาวิทิตกุล. (2548). การวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 32 (4) *1-6*.
- วิภาวรรณ ลีลาสำราญ. (2547). สุขภาพสมรรถภาพทางกายและการออกกำลังกาย ใน วิภาวรรณ ลีลาสำราญ และวุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ (บรรณาธิการ). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและโรคต่างๆ* (หน้า 3-19). สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- วิมลรัตน์ จงเจริญวันดี คหะวงศ์อังศุมา อภิชาติไธอรนิช แสงจันทร์ประภาพร ชุกันนิคภัคยาณี บุญสิน และคณะ. (2551). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26 *71-84*.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช. (2550). Chronic care concept model and strategies ในชูชัย สรขันธ์ศิริ ภาศิณีพ (บรรณาธิการ) *การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง โรคค่าใช้จ่ายสูงอย่างองค์รวมด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (หน้า 23-28). นนทบุรี: ส. พิจิตการพิมพ์จำกัด.
- วิทยา ศรีมาดา. (2549). การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ใน ธิดิ สนั่นบุญ และวารภณ วงศ์ถาวรรัตน์ (บรรณาธิการ). *การดูแลรักษาแบบองค์รวม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ศรีมาดา. (2553). *Based Clinical Practice Guide One 2010*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิฑูรย์ โล่สุนทร และวิโรจน์ เจริญจรัสรังสี. (2550). *การทบทวนวรรณกรรมเรื่องระดับวิทยาของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงและการตรวจคัดกรองในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วินธนา คูศิริสิน. (2546). การดูแลตนเองด้านโภชนาการกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการศาสตรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [เชียงใหม่].
- วิโรจน์ ดันติโกสม [วิมล พันธุ์วิไล พวงผกา กริทอง อุบล ตุลยากร วัลยา ตูพานิช พิสมัย พิทักษ์ถาวร วรกร และคณะ (2552). คู่มือ แนวทางการดำเนินงานเบาหวานโดยพยาบาล ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัยกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร
- วีรพันธ์ โชวิฑูรกิจ. (2545). กลไกการเกิดโรคแทรกซ้อนเบาหวาน. ในวิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน (หน้า 109-144). กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- ศศิธร กรณา. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2549). กินเอาชนะเบาหวานประเภท 2. เอกสารนำเสนอประกอบการอบรมโครงการฝึกอบรมผู้จัดกิจกรรมค่ายเบาหวานรุ่นที่ 6 มีนาคม 2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเทพธารินทร์.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2551). บำบัดเบาหวานด้วยอาหาร (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์สุขภาพ.
- ศิริณี อินทรหนองไผ่. (2548). พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.
- ศิริพร จันฉาย. (2553). การดูแลเท้าเบาหวานในผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 54 (2) 1-9.
- ศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมทางการแพทย์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (2553). บทบาทพยาบาลกับนวัตกรรม. ค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2544 จาก [http://www.trcn.cl.th/webN/p\\_ge4.html](http://www.trcn.cl.th/webN/p_ge4.html)
- สมเกียรติ โพรสิษฐ์ รัตนา พันธุ์พานิช และ โยธี ทองเป็นใหญ่. (2547). คู่มือการทบทวนอย่างเป็นระบบ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โกลทอง มาสเตอร์พริ้นท์.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและภาวะการฉีกขาดโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 17 36-52.
- สมนึก กุลสถิตพร. (2548). พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นเมื่อวันที่ 14 มกราคม 2544 จาก <http://hrm.thlibhf.org>
- สมพงษ์ สุวรรณลักษณ์. (2549). ประสบการณ์การจัดค่ายเบาหวานชนิดไม่พักค้างแรม . โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. สมาคมผู้ให้ความรู้เบาหวาน การประชุมวิชาการประจำปี 2549 ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: เมตาอ็อปปีปริ้น.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). การพยาบาลกับกระบวนการกลุ่ม. วารสารคณะพยาบาลขอนแก่น. 24 1-2.
- สมพร หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2547) ชุดความรู้เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เล่ม 6 เรื่องการออกกำลังกายกับเบาหวาน, กรุงเทพมหานคร: บริษัทจุดทองจำกัด.
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2554). โรคเบาหวาน *Diabetes Mellitus*. ขึ้นเมื่อ 12 มีนาคม 2554 จาก <http://thliendocrine.org/>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2554). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2553). เกณฑ์ประเมินนวัตกรรม 2553. ขึ้นเมื่อ 12 มกราคม 2554 จาก <http://www.tpn.or.th>
- สรัญญา ปิ่นเพชร. (2552). ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น
- สัญญา ชิมพลี. (2551). ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. ขึ้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2554 จาก <http://www.Boripbhe.th.com>
- สาธิต วรรณแสง. (2550). สภาพปัญหาโรคเบาหวานในประเทศไทย. ใน วรรณ นิธิยานันท์ และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ (บรรณาธิการ). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550 (หน้า 1-16) กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2548). การประยุกต์ใช้ The “take PRIDE” program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. ปรินญา



สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2554). แผนเบาหวานแห่งชาติ (2550-2559) ค้นเมื่อ 12 มกราคม 2554 จาก <http://www.hiso.or.th>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 การบริหารงบประมาณคุ้มครอง ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุมป้องกัน ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.

สำนักงานระบาด กองควบคุมโรค. สรุปผลรายงานเฝ้าระวังโรค ปี 2551. ค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2554 จาก <http://epid.moph.go.th/Annu> [Annu] [%

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2554). ข้อมูลสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สุขภาพ. ค้นเมื่อ 12 มกราคม 2554 จาก [http://th.incd.com/information-st](http://th.incd.com/information-statistic/brfss-d) [tistic/brfss-d] [t].php

ลำเรียง แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (2545). คู่มือการดำเนินงานสุขภาพชุมชน.. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง.

ลินินาฏ ลิจิตร์ตันเจริญ. (2543). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อถัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.

สิริอร ช้อยุ่น. (2550). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวต่อการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วย. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น]

สุนิตย์ จันทระประเสริฐ. (2554). การจัดองค์การให้ความรู้โรคเบาหวาน. โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.

สุนทร บัลลือพรมาราช. (2548). คุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพตามความคาดหวังและการรับรู้ ในผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน กิ่งอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].

สุพร มหาราการ. (2551). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].

- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2550). การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารระบบสาธารณสุข*. 1 □ 17-34.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2553). ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2(6) □ 4-6.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร □ สดงศ์ สุภผล □ ทัศนีย์ ญาณะ □ รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์ □ อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม □ ผกัรัตน์ ฤทธิศรีบุญ และคณะ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สุภาพร พลวยระหาร. (2551). *การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล □ กรุงเทพมหานคร.
- สุนทร โคตรบรรเทา. (2551). *หลักการและการเขียนผลงานวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: ปัญญาชนการพิมพ์.
- สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ. (2547). *วิธีการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- สุขปรานี นารมย์. (2552). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองตูม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น □ ขอนแก่น.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2551). *สถานีอนามัยกับปัญหาสุขภาพ*. ค้นเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2554 □ จาก <http://www.doctor.or.th/node/7091>
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2546). *โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน*. ใน *อภิชาติ วิชาญรัตน์ □ (บรรณาธิการ). ตำราโรคเบาหวาน*. (หน้า 75-84) กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- หทัยทิพย์ ธรรมวิริยกุล. (2553). *ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย*. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2(6) □ 15-25.

- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2546). การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่3). ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- อนุวัฒน์ กิระสุนทรพงษ์. (2548). ภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ในอภิชาติ วิชญาณรัตน์ และวรรณ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ). โรคเบาหวาน *Diabetes Mellitus*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรุณีย์ ศรีนวล. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอ เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [ขอนแก่น].
- อังศุมลย์ คุ่มภัย. (2553). การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [กรุงเทพมหานคร].
- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. (2548). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. *Week ๒ Epidemiologic Report*. 36(47) 826-828.
- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ [เสวตสรร นามวาท] [นันทน์ รุจิวิวัฒน์] [ละจิรภัทร กัลยาณพจน์พร. (2549). โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- อัมพา สุทธิจำรูญ. (2550). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและการให้ความรู้โรคเบาหวาน. ในวรรณ นิธิยานันท์ [สาธิต วรรณแสง] [ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์] (บรรณาธิการ). *สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย*. (หน้า 47- 49). กรุงเทพมหานคร: วิวัฒนาการพิมพ์.
- อำภาพร นามวงศ์พรม. (2553). การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*. 25(2) 51-62.
- อรพินทร์ ชูชม. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 15 1-15.
- อุบลรัตน์ ด้อยมาเมือง. (2550). กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (*Self-Help Group*): บทบาทพยาบาล. ค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2553 จาก: <http://www.md.kku.ac.th>.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2548). การดูแลต่อเนื่อง. ค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2553 จาก <http://www.dh.gov.uk/>

- อุไรวรรณ บุญเกิด. (2546). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคเบาหวาน โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองและกระบวนการกลุ่มในประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลวังชะลอ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.
- Aekplakorn W, Stolk R, P, Neill R, Suriyongpisit P, Chongsuvitwong V, Cheepudomwitt S, & et al (2003). The Prevalence and Management of Diabetes in Thai Adults: The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia. *Diabetes Care*. 26:2758-2763.
- American Diabetes Association. (2008). Standards of medical care in diabetes -2008. *Diabetes Care*. 30(Suppl.1):S12-S54.
- American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in diabetes -2011. *Diabetes Care*. 34(Suppl.1):S11-S61.
- Brown S. A, Blozis S. A, Kouzekanani K, Garcia A, A, Winchell M, & Hennis C. L. (2005). of diabetes self - management education for Mexican Americans. *Diabetes Care*. 28:527-511.
- Burn N, & Grove SK. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and Utilization*. (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia:WB. Saunders.
- Chalmers D, & Hynes B. (1994). Reporting updating and correcting systematic reviews of the effects of health care. *British Medical Journal* 309:100-103.
- Cooper H, M, & Hedges L. V. (Eds). (1994). *The handbook of research synthesis*. New York: Russell Sage Publication.
- Crowford F, Inkster M, Kleijnen J, & Ffey T. (2007). Predicting foot ulcers in patients with diabetes: systematic review and meta-analysis. *Quarterly Journal of Medicine*. 100, 65-86.
- Duley L. (1996). Systematic review: what do they do for you? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 89:242-244.
- Esterbrook PJ, Berlin JA, Gopalan R, & Matthews DR. (1991). *Publication bias in clinical research*. Retrieved January 20 2011 from [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/ 1672966](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1672966)

- Eijken M, Tsing S, Wensing M, Smet P, A & Grol R. P. (2003). Interventions to Improve Medication Compliance in older patient living in the Community. *Drugs Aging*. 20 299-240.
- Gibson C. H. (1995). The process of empowerment in mother of chronic ill children. *Journal of Advance Nursing*. 21 1201-1210.
- Greenhagh T. (1997). How to re d p per: P per th tsumm ries other p per (system tic reviews and met an lyses. *British Medicine Journal* 315 672-675.
- Juni P, Altman D. G. & Egger M. (2001). System tic reviews in he lth care: Assessing the quality of controlled clinic trials. *British Medicine Journal* 323 42-46.
- Llopis E. J, Hosman C, Jenkins R. & Anderson P. (2003). Predictor of efficacy in depression program. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-379.
- Mulrow C.D. (1987). The medic l review rticle: st te of the science. *Annals of intern Medicine*. 106 485-488.
- Nation Health Information Clearinghouse. (2008). *Eating and Diabetes*. Retrieved January 20 2010 from [http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/eating\\_ez/index.htm#e](http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/eating_ez/index.htm#e)
- Nation Health and medical Research Council. (2000). *How to review the evidence: systematic identification and review of the scientific literature* Canberra: Nation Health and medical Research Council.
- Needleman I. (2002). A guide to system tic review. *Journal of Clinical Periodontology* 29 (Suppl.3) 6-9.
- Norman P, Boer H. & Seydel E. R. (2005). *Protection motivation Theory*. Retrieved January 14 2011 from <http://doc.utwente.nl/53445/>
- Polit D. F. & Beck C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit D. F. & Beck C. T. (2006). *Essentials of nursing research: methods principles and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit D. F. & Hungler B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Peyrot M. F. & McMurray J.F. (1992). Street buffering and glycemic control. *Diabetes Care*, 15 842- 846.

- Rathur H. M. & Boulton A.J.M. (2007). The diabetic foot. *Clinics in Dermatology*. 25, 109-120.
- Roger R. W. (1975). A protection motivation theory offer appeals and attitude change. *Journal of Psychology*. 91 93-144.
- Siripitayakunkit A. Hanchurnkul S. & Melkus G. D. (2005). Diabetes education Intervention in Thailand: An integrative review. *Thai Journal of Nursing Research*. 9 13-27.
- Tantisiriwatt N. Janchais S. (2008). Common foot problems in diabetic foot clinic. *Journal of the medical Association of Thailand*. 91. 1097-101.
- The consort group. (2001). *CONSORT 2001 checklist of information to include when reporting a randomized trial*. Retrieved April 6 2011 from <http://www.consort-statement.org>
- Thomson M. P. Potter J. & Pusey R. B. (2008). Threshold for detection of diabetic peripheral sensory neuropathy using range of research grade monofilaments in persons with Type 2 diabetes mellitus. Retrieved September 12 2010 from <http://www.jfootankleres.com/content/1/1/9>
- Wattana C. (2006). *Effect of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes*. Doctoral Dissertation Graduate School Chiang Mai University.
- Wendy D. S. Almut G. Winterstein A.J. Johns T. Rosenberg E. & Brihan C.S. (2005). Causes of hyperglycemia and hypoglycemia in adult inpatients. *American Journal of Health System Pharmacy* 62 714-719.
- World Health Organization. (2010). Quick diabetic organization. Retrieved June 12 2010 from <http://www.who.int/diabetes/en/index.html>
- Wu J. Y. F. Leung W. Y. S. Cheng S. Lee B. Zee B. Tong P.C.Y. et al (2006). Effectiveness of telephone counseling by pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: Randomized controlled trial. *British Medical Journal* 333 522-527.
- Yimlok K. & Tongo T. (2005). Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 28 2780-2786.

## ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

รหัสงานวิจัย.....

## แบบประเมินคุณภาพรายงานวิจัย

เรื่องที่ประเมิน	ระบุ	ไม่ระบุ
1. ชื่อเรื่องมีความชัดเจน		
1.1 ระบุปัญหาวิจัย		
1.2 ระบุตัวแปรครบถ้วน		
1.3 ระบุกลุ่มประชากรศึกษา		
2. คำถามวิจัย/วัตถุประสงค์มีความชัดเจน		
2.1 ระบุคำถามวิจัย/วัตถุประสงค์มีความชัดเจน		
2.2 กำหนดคำถามวิจัย/วัตถุประสงค์เพียง 1 ประเด็น		
2.3 ระบุตัวแปรที่ต้องการศึกษาชัดเจน		
3. สมมติฐานการวิจัยสามารถทดสอบได้		
3.1 ตั้งสมมติฐานสอดคล้องกับคำถามวิจัย/วัตถุประสงค์		
3.2 ระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่คาดว่าจะเป็นการตอบวิจัยชัดเจน		
3.3 ตัวแปรทุกตัวในสมมติฐานสามารถวัดได้		
4. กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาชัดเจน		
4.1 ระบุทฤษฎีหรือหลักฐานที่มาของกรอบแนวคิดนั้น		
4.2 ตั้งเคราะห์สรุปกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง		
4.3 ระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาครบถ้วน		
5. นิยามศัพท์มีความชัดเจน		
5.1 กำหนดนิยามศัพท์เชิงทฤษฎีเฉพาะตัวแปรสำคัญครบถ้วน		
5.2 กำหนดนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติเฉพาะตัวแปรสำคัญครบถ้วน		
6. กำหนดขอบเขตของการวิจัยชัดเจน		
6.1 ระบุขอบเขตของประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		
6.2 ระบุขอบเขตของช่วงเวลาการศึกษา		
6.3 ระบุขอบเขตเฉพาะของบริบทเฉพาะของงานวิจัยนั้น		
7. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา		



## ภาคผนวก ก (ต่อ)

เรื่องที่ประเมิน	ระบุ	ไม่ระบุ
7.1 มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา		
7.2 มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ		
7.3 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความทันสมัย		
8. การออกแบบระเบียบวิธีวิจัย		
8.1 ระบุแบบแผนการวิจัยเป็นประเภทการวิจัยที่ทดลองชัดเจน		
8.2 ระบุวิธีการดำเนินการวิจัยได้เหมาะสมกับแบบแผนการวิจัย		
9 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
9.1 ระบุวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (randomization) ชัดเจน		
9.2 ระบุกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มชัดเจน		
9.3 ระบุวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง		
9.4 ระบุวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม		
10. ระบุการปกปิด (blinding) ที่เหมาะสมทั้งกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ทำวิจัย		
11. เครื่องมือสามารถวัดตัวแปรได้ครบถ้วนและมีความน่าเชื่อถือ		
11.1 ระบุเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการสร้างเครื่องมือ		
11.2 ระบุตัวแปรที่ต้องการศึกษาครบถ้วน		
11.3 ระบุชนิดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล		
11.4 ระบุวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ		
11.5 แสดงค่าที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ		
12. มีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลชัดเจน		
12.1 ระบุระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล		
12.2 ระบุวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล		
12.3 ระบุกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล		

## ภาคผนวก ก (ต่อ)

เรื่องที่ประเมิน	ระบุ	ไม่ระบุ
13 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องเหมาะสมกับลักษณะข้อมูล		
13.1 ระบุการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์		
13.2 แปลความหมายค่าสถิติถูกต้อง		
13.3 ระบุนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละประเด็น		
14. การวิเคราะห์และอภิปรายผลมีความชัดเจน		
14.1 วิเคราะห์ผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้		
14.2 สรุปอ้างอิงผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเป็นผลการวิจัย		
14.3 ผลการวิเคราะห์ตอบคำถามการวิจัยได้		
15. การสรุปและข้อเสนอแนะมีความชัดเจน		
15.1 อ้างอิงผลการวิจัยไปสู่บริบทประชาชนที่คล้ายคลึงกันได้		
15.2 ระบุแหล่งที่ทำให้เกิด bias ที่ส่งผลต่อการวิจัยได้		
15.3 ให้ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย		

## ภาคผนวก ข

รหัสงานนวัตกรรม.....

## แบบประเมินคุณภาพรายงานนวัตกรรม

เรื่องที่ประเมิน	คะแนน
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา คะแนนเต็ม 10 คะแนน	
ตรงกับประเด็นที่ศึกษา ชัดเจน (10 คะแนน)	
ไม่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา (5 คะแนน)	
2. แนวคิด/ ทฤษฎีการพัฒนานวัตกรรม คะแนนเต็ม 20 คะแนน	
มีการสังเคราะห์ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ได้สอดคล้องกับ	
สภาพปัญหาหรือความต้องการในการพัฒนา (20 คะแนน)	
ใช้หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ถูกต้องตามหลักวิชาการ และสอดคล้องกับสภาพ	
ปัญหาหรือความต้องการพัฒนา (15 คะแนน)	
ใช้หลักการ แนวคิด ทฤษฎี แต่ไม่สอดคล้อง (10 คะแนน)	
3. วัตถุประสงค์ คะแนนเต็ม 20 คะแนน	
สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ มีความเป็นไปได้ และสามารถ	
วัดได้ (20 คะแนน)	
สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ และสามารถวัดได้ (15 คะแนน)	
สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ (10 คะแนน)	
4. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ คะแนนเต็ม 10 คะแนน	
กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ครอบคลุม (10 คะแนน)	
กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ( 5 คะแนน)	
5. วิธีการดำเนินการ/ ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม คะแนนเต็ม 10 คะแนน	
ขั้นตอนการดำเนินงานมีความชัดเจน ดำเนินการครบทุกขั้นตอน ( 10 คะแนน)	
ขั้นตอนการดำเนินงานมีความชัดเจน ดำเนินการไม่ครบทุกขั้นตอน (5 คะแนน)	
ขั้นตอนการดำเนินงานไม่ชัดเจน ( 0คะแนน)	
6. ผลการทดลองใช้นวัตกรรม คะแนนเต็ม 10 คะแนน	
ใช้ง่าย สะดวก และมีขั้นตอนการใช้ไม่ซับซ้อน สามารถนำไปใช้ได้ดี (10 คะแนน)	
ใช้สะดวกแม้ขั้นตอนค่อนข้างซับซ้อน ( 7 คะแนน)	
มีขั้นตอนการนำไปใช้ซับซ้อน มีเงื่อนไข และข้อจำกัด (0 คะแนน)	

## ภาคผนวก ข (ต่อ)

เรื่องที่ประเมิน	คะแนน
7. ผลที่เกิดขึ้น คุณค่าและประโยชน์ คะแนนเต็ม 20 คะแนน	
แก้ไขหรือพัฒนาได้ตรงตามวัตถุประสงค์ เกิดประโยชน์กว้างขวาง (20 คะแนน)	
แก้ปัญหาหรือพัฒนาได้ตรงตามวัตถุประสงค์ (15 คะแนน)	
แก้ปัญหาหรือพัฒนาได้ แต่ไม่ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ ( 5 คะแนน)	

## ภาคผนวก ค

รหัสงานวิจัย.....

## แบบบันทึกลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

ชื่องานวิจัย.....

## 1. ประเภทของงานวิจัย

☐

1 วิทยานิพนธ์

2 ปรินิพนธ์

3 สารนิพนธ์

4 งานวิจัย

## 2. ปีที่ผลิต/ เผยแพร่

☐

1. พ.ศ.2550

2. พ.ศ.2551

3. พ.ศ.2552

4. พ.ศ.2553

## 3.ระเบียบวิธีวิจัย

☐

1.งานวิจัยเชิงทดลอง

2.งานวิจัยกึ่งทดลอง

3.งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

4.งานวิจัยเชิงพัฒนา

## 4. กลุ่มเป้าหมาย

☐

1. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

2. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

3. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

## 5.จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

☐

1. น้อยกว่า หรือเท่ากับ 30 ราย

2. 31- 60 ราย

3. 61- 90 ราย

4. 91- 120 ราย

5. มากกว่า 120 ราย

## 6.ระยะเวลาของการจัดการ

☐

1.น้อยกว่าหรือเท่ากับ8 สัปดาห์

2. ระหว่าง 8 – 16 สัปดาห์

3. มากกว่า 16 สัปดาห์

## 7.ประเภทของผู้วิจัย (ความรู้พื้นฐาน/ อาชีพ)

☐

1.พยาบาลวิชาชีพ

2.นักวิชาการสาธารณสุข

3. แพทย์

## 8. สถานที่ทำการศึกษา

☐

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 1. คลินิกเบาหวาน          | 2. ชุมชน                               |
| 3. คลินิกเบาหวาน และชุมชน | 4. คลินิกเบาหวาน และบ้านผู้ป่วยเบาหวาน |

## 9. สถาบันที่ผลิตงานวิจัย

☐
☐

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์            | 2. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์       |
| 3. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์               | 4. มหาวิทยาลัยมหิดล            |
| 5. มหาวิทยาลัยบูรพา                    | 6. มหาวิทยาลัยนเรศวร           |
| 7. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                | 8. มหาวิทยาลัยขอนแก่น          |
| 9. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่                | 10. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ |
| 11. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น |                                |
| 12. โรงพยาบาลบรรพตพิสัย                |                                |

## 10. ลักษณะการจัดบริการ

## 1. การจัดบริการเฉพาะเรื่อง

☐
☐
☐

- 1.1 การรับประทานอาหาร
- 1.2 การดูแลเท้า
- 1.3 การออกกำลังกาย
- 1.4 การจัดการความเครียด

## 2. การจัดบริการแบบผสมผสาน

☐
☐
☐

- 2.1 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
- 2.2 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา
- 2.3 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และ การรับประทานยา
- 2.4 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รับประทานยา การดูแลเท้า
- 2.5 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รับประทานยา การจัดการความเครียด และการดูแลเท้า

## 11. กลวิธีที่ใช้

☐
☐

1. การให้ความรู้
2. การให้ความรู้ ร่วมกระบวนการกลุ่ม
3. ให้ความรู้ ร่วมกับการฝึกพฤติกรรม
4. การให้ความรู้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน

5. การให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และการเสริมแรง

6. การให้ความรู้ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมแรง

## 12. ผลลัพธ์การจัดบริการ

--	--

1. ระดับน้ำตาลในเลือด

2. ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

3. พฤติกรรม

4. ความรู้

5. อาการของโรค

6. การรับรู้

7. ดัชนีมวลกาย

## ภาคผนวก ง

รหัสงานนวัตกรรม.....

## แบบบันทึกลักษณะทั่วไปของงานนวัตกรรม

ชื่องานนวัตกรรม.....

## 1. ประเภทของนวัตกรรม

1. นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์

☐

2. นวัตกรรมกระบวนการ

## 2. ปีที่ผลิต/เผยแพร่

☐

1. พ.ศ.2550

2. พ.ศ.2551

3. พ.ศ.2552

4. พ.ศ.2553

## 3. ประเภทของผู้จัดทำนวัตกรรม (ความรู้พื้นฐาน/อาชีพ)

☐

1. พยาบาลวิชาชีพ

2. นักวิชาการสาธารณสุข

3. อื่นๆ

## 4. สถานที่ทำการศึกษา

☐

1. คลินิกเบาหวาน

2. ชุมชน

3. คลินิกเบาหวาน และชุมชน

4. คลินิกเบาหวาน และบ้านผู้ป่วยเบาหวาน

## 5. กลุ่มเป้าหมาย

☐

1. ผู้ป่วยเบาหวาน

2. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

## 6. หน่วยงานที่ผลิตงานนวัตกรรม

☐

1. ศูนย์แพทย์ชุมชน

2. สถานีอนามัย

3. ศูนย์สุขภาพชุมชน

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## 7. ลักษณะการจัดบริการ

1. การจัดบริการเฉพาะเรื่อง

☐

1.1 การรับประทานอาหาร

1.2 การดูแลเท้า

1.3 การรับประทานยา

1.4 การติดตามผู้ป่วยเบาหวานขาดนัด

1.5 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง



## 2. การจัดบริการแบบผสมผสาน

--	--	--

2.1 การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

2.2 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา

2.3 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า

## 8. กลวิธีที่ใช้

--	--

1. การให้ความรู้

2. กระบวนการกลุ่ม

3. การติดตามเยี่ยมบ้าน

4. การเสริมแรง

## 9. ผลลัพธ์การจัดบริการ

--	--

1. ระดับน้ำตาลในเลือด

2. ความรู้

3. พฤติกรรม

4. ความพึงพอใจ

5. ดัชนีมวลกาย

6. อาการของโรค

**ภาคผนวก จ**  
**คะแนนและร้อยละของการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ**

ลำดับ ที่	ชื่อผู้แต่ง	ข้อที่ประเมิน															รวม	ร้อยละ	คุณภาพ
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
1	เขาวลัษณ์ (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	93.33	สูง
2	เจียมทอง (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
3	สกุล (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	93.33	สูง
4	จิรากร (2552)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13	86.66	สูง
5	นัยนา (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
6	จงจิต (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
7	ฉวีวรรณ (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	93.33	สูง
8	จารุณี (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	93.33	สูง
9	เฉลิมพร (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	93.33	สูง
10	ดวงปรีดา (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
11	ศรีรัตน์ (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
12	นิตยากร (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
13	สุทน (2553)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง

ภาคผนวก จ (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อผู้แต่ง	ข้อที่ประเมิน															รวม	ร้อยละ	คุณภาพ
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
14	ปราณี (2553)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	93.33	สูง
15	ฉวีวรรณ (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
16	ปิ่นทริย์ (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
17	พรนภา (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
18	กัญญา (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
19	ชนินี่ (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
20	พจนารถ (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
21	ศศิธร (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
22	พรรษา (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
23	ศศิรัญจ์ (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	12	80.00	สูง
24	จันทิมา (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
25	ปรีดา (2553)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
26	ศันสนีย์ (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง

ภาคผนวก จ (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อผู้แต่ง	ข้อที่ประเมิน															รวม	ร้อยละ	คุณภาพ
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
27	ภัชธิญา (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
28	รสมาลิน(2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	14	100	สูง
29	รอฮานา (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
30	สุนิสา (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
31	สมควร(2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
32	แสงทิพย์ (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	12	80.00	สูง
33	โสภีณา (2553)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
34	สุขปราณี (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	12	80.00	สูง
35	อภิชาติ (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
36	อโนชา (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	12	80.00	สูง
37	อุษา (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
38	ธัญพร (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
39	อนุชิตา (2552)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
40	สุภาภรณ์ (2550)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง

ภาคผนวก จ (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อผู้แต่ง	ข้อที่ประเมิน															รวม	ร้อยละ	คุณภาพ
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
41	อารมณ (2551)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	100	สูง
42	สุพิมพ์ (2552)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13	86.66	สูง
43	เสาลักษณ์ และ จิรพงษ์ (2553)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	13	86.66	สูง

หมายเหตุ 1= มีการรายงาน และ 0= ไม่มีการรายงาน (ข้อหลักที่มีข้อรองจะใช้เกณฑ์การให้คะแนน 2 ใน 3 ของข้อรองนั้น)

ภาคผนวก จ

คะแนนและร้อยละของการประเมินคุณภาพของงานนวัตกรรมที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ

ลำดับที่	ชื่อผู้แต่ง	ข้อที่ประเมิน							รวม	ร้อยละ	คุณภาพ
		1	2	3	4	5	6	7			
1	เพ็ญจันทร์ (2552)	10	10	15	5	5	7	15	67	67	ปานกลาง
2	ปัทมดา (2550)	10	10	15	5	5	10	5	60	60	ปานกลาง
3	รุ่งทิพย์ (2550)	10	15	15	5	5	7	5	62	62	ปานกลาง
4	ลดาวัลย์ (2553)	10	15	10	5	10	7	5	62	62	ปานกลาง
5	วรรณา (2553)	10	15	10	5	5	7	15	67	67	ปานกลาง
6	นภัสส์ (2553)	10	10	15	5	5	7	15	67	67	ปานกลาง
7	จารุนันท์ (2553)	10	10	10	5	10	10	15	70	70	ปานกลาง
8	นคร (2552)	10	15	15	10	10	7	15	82	82	ปานกลาง
9	โกคินทร์ (2552)	10	15	10	5	10	10	5	65	65	ปานกลาง
10	ปิ่นปักข์ (2553)	10	15	15	5	5	7	15	72	72	ปานกลาง
11	จุฑามณี (2552)	10	15	15	5	10	0	5	60	60	ปานกลาง
12	ชาญณรงค์ (2553)	10	15	10	5	10	7	5	62	62	ปานกลาง

ภาคผนวก ง (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อผู้แต่ง	ข้อที่ประเมิน							รวม	ร้อยละ	คุณภาพ
		1	2	3	4	5	6	7			
13	ภิญญา (2553)	10	15	10	5	5	10	5	60	60	ปานกลาง
14	วารุจี (2553)	5	15	15	10	5	10	5	65	65	ปานกลาง
15	ชูศรี (2553)	10	15	15	5	10	7	20	82	82	สูง
16	พงพันธ์ (2550)	10	15	15	5	10	7	5	67	67	ปานกลาง
17	รพ.สต.ทุ่งฝน (2553)	10	15	20	10	10	7	15	87	87	สูง
18	โสภา (2553)	10	15	20	5	10	10	15	85	85	สูง
19	อำนวย (2553)	10	15	10	5	10	7	15	72	72	ปานกลาง
20	วรรณทอง (2552)	5	15	10	5	5	7	15	62	62	ปานกลาง

ภาคผนวก ข

ค่าความเที่ยงในการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ

ข้อที่	ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 1				ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 2				ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 3			
	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง
1	1	1	0	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
2	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
3	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
4	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
5	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
6	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
7	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
8	1	1	0	สอดคล้อง	1	0	0	ไม่สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
9	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
10	0	0	1	ไม่สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	0	0	ไม่สอดคล้อง
11	1	1	1	สอดคล้อง	0	1	1	สอดคล้อง	1	0	0	ไม่สอดคล้อง
12	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
13	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
14	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง



ภาคผนวก ข (ต่อ)

ข้อที่	ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 1				ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 2				ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 3			
	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง
15	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
16	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
17	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	0	0	1	ไม่สอดคล้อง
18	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
19	1	1	1	สอดคล้อง	0	0	0	ไม่สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
29	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
21	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
22	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
23	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
24	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
25	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
26	1	1	1	สอดคล้อง	1	0	0	ไม่สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
27	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	0	0	ไม่สอดคล้อง
28	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
29	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
30	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง

ภาคผนวก ข (ต่อ)

ข้อที่	ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 1				ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 2				ประเมินงานวิจัยเล่มที่ 3			
	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง
31	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
32	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
33	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
34	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
35	1	0	0	ไม่สอดคล้อง	0	0	0	ไม่สอดคล้อง	1	1	0	สอดคล้อง
36	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
37	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
38	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
39	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
40	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
41	0	1	0	ไม่สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
42	1	1	1	สอดคล้อง	1	0	0	ไม่สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
43	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
44	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
ค่าความเที่ยง	41/44 = 0.93				39/44 = 0.88				39/44 = 0.88			

**ภาคผนวก ข**  
**การตรวจสอบความเที่ยงในการประเมินคุณภาพงานนวัตกรรมที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ**

ข้อที่	ประเมินงานนวัตกรรมเรื่องที่ 1				ประเมินงานนวัตกรรมเรื่องที่ 2				ประเมินงานนวัตกรรมเรื่องที่ 3			
	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง
1	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
2	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	0	0	ไม่สอดคล้อง
3	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
4	1	1	1	สอดคล้อง	1	0	1	สอดคล้อง	0	1	1	สอดคล้อง
5	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
6	1	1	0	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	0	1	สอดคล้อง
7	0	0	0	ไม่สอดคล้อง	1	0	0	ไม่สอดคล้อง	1	0	1	สอดคล้อง
8	1	0	0	ไม่สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
9	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	0	0	1	ไม่สอดคล้อง
10	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
11	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
12	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	0	0	1	ไม่สอดคล้อง
13	1	1	0	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง

ภาคผนวก ข (ต่อ)

ข้อที่	ประเมินงานนวัตกรรมเรื่องที่ 1				ประเมินงานนวัตกรรมเรื่องที่ 2				ประเมินงานนวัตกรรมเรื่องที่ 3			
	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง	ผู้ประเมิน คนที่ 1	ผู้ประเมิน คนที่ 2	ผู้ประเมิน คนที่ 3	ความ สอดคล้อง
14	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
15	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
16	0	0	1	ไม่สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	0	1	สอดคล้อง
17	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
18	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
19	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
ค่าความเที่ยง	16/19= 0.84				18/19= 0.94				16/19= 0.84			

**ภาคผนวก ญ**  
**การประเมินความเที่ยงในการบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย**

ข้อที่	บันทึกงานวิจัยเล่มที่ 1				บันทึกงานวิจัยเล่มที่ 2				บันทึกงานวิจัยเล่มที่ 3			
	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ความ	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ความ	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ความ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.ประเภทของงานวิจัย	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
2. ปีที่ผลิต/เผยแพร่	2552	2552	2552	สอดคล้อง	2552	2552	2552	สอดคล้อง	2550	2550	2550	สอดคล้อง
3.ระเบียบวิธีการวิจัย	2	2	2	สอดคล้อง	2	2	2	สอดคล้อง	2	2	2	สอดคล้อง
4. กลุ่มเป้าหมาย	2	2	2	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
5. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	2	2	2	สอดคล้อง	2	2	2	สอดคล้อง	3	3	3	สอดคล้อง
6. ระยะเวลาของการศึกษา	1	1	1	สอดคล้อง	2	2	2	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
7. ประเภทของผู้ทำวิจัย	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
8. สถานที่ทำการศึกษา	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	3	3	3	สอดคล้อง
9. สถาบันที่ผลิตงานวิจัย	4	4	4	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	3	3	3	สอดคล้อง
10. ลักษณะการจัดบริการ	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
11. กลวิธีที่ใช้	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
12. ผลลัพธ์	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
ค่าความเที่ยง	12/12 = 1				12/12=1				12/12= 1			

**ภาคผนวก ฎ**  
**การประเมินความเสี่ยงในการบันทึกคุณลักษณะงานนวัตกรรม**

ข้อที่	บันทึกงานนวัตกรรมเรื่องที่ 1				บันทึกงานนวัตกรรมเรื่องที่ 2				บันทึกงานนวัตกรรมเรื่องที่ 3			
	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ความ	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ความ	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ผู้บันทึก	ความ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	สอดคล้อง	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	สอดคล้อง	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	สอดคล้อง
1.ประเภทของงานนวัตกรรม	1	1	1	สอดคล้อง	2	2	2	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
2. ปีที่ผลิต/เผยแพร่	2553	2553	2553	สอดคล้อง	2551	2551	2551	สอดคล้อง	2552	2552	2552	สอดคล้อง
3.ประเภทของผู้จัดทำนวัตกรรม	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
4.สถานที่ทำการศึกษา	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
5.กลุ่มเป้าหมาย	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
6. หน่วยงานที่ผลิตนวัตกรรม	2	2	2	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	3	3	3	สอดคล้อง
7. ลักษณะการจัดบริการ	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
8. กลวิธีที่ใช้	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
9. ผลลัพธ์	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง	1	1	1	สอดคล้อง
ค่าความเสี่ยง	9/9 = 1				9/9=1				9/9= 1			

## ภาคผนวก ก

### บรรณานุกรมรายงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ

- กัญญา สุยะมั่ง. (2551). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เจียมทอง ตรีนตรไพบูรณ์. (2552). การส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จารุณี นุ่มพูล. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการตรวจคัดกรองเท้าและป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จันทิมา เนียมโกตะ. (2552). โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จิรากร เอี่ยมสะอาด. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและสมาชิกครอบครัวในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- จงจิต บุญอินทร์. (2551). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ฉวีวรรณ ทองสาร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- ฉวีวรรณ บุญนาน. (2551). การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมอาหารเพื่อการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนอง

- แสน. รายงานการศึกษาอิสระปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เฉลิมพร ชินาธิวร. (2551). การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยการรับรู้ความสามารถของตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2, 985-989.
- ดวงปรีดา เรืองทิพย์. (2552). ผลของโปรแกรมการดูแลเพื่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตัวเอง และพฤติกรรมในการดูแลตัวเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ธนิ อรุณรักษ์รัตนะ. (2552). โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดโอกาสการเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง เพศหญิง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (คณะสาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ธัญพร สมันตรัฐ. (2552). การพัฒนาคู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นัยนา ชนะ. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะพฤติกรรมของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิตยากร ลุนพรม. (2552). การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนบ้านคงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปรีดา หนูแดง. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน. โรคเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิ่นทริย์ คุ่มสุข. (2551). ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารที่บ้านในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการควบคุมอาหาร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา



บัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์,  
นครศรีธรรมราช.

ปราณี สว่างคำนาม. (2553). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่  
2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. ศูนย์สุขภาพ  
ชุมชน โรงพยาบาลศรีธาตุ. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น  
พจนารถ ดวงคำน้อย. (2550). การจัด โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพ  
ชุมชน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

พรนภา ไชยอาสา. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทาง  
สังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศา  
สตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
เชียงใหม่.

พรรษา ปัญจะศรี. (2551). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนร่วมกับการเสนอตัวแบบต่อความรู้การ  
ปฏิบัติตัวและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
นเรศวร, พิษณุโลก.

ภัษธิญา บุญผล. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของ  
ผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติ  
ครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

เยาวลักษณ์ วงศ์ชาญศรี. (2550). การจัดการเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวาน  
ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอหาดูพนม จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหา  
บัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,  
มหาสารคาม.

รสมาลิน โทธรรม. (2550). ผลของการเข้าค่ายโยคะต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน  
ชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

รอฮานา อาแว. (2552). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการอ่านคัมภีร์อัล- กุรอาน ต่อ  
ความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน. สานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ

พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ศศิธร กรณา. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด  
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ศศิธร ใจไพรเขียว. (2552). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ความรู้สึกรู้  
คุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ศรียรัตน์ อ่อนศรี. (2551). ผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิบ้านวังคาง. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะครุ  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์, นครสวรรค์.

ศันสนีย์ กองสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการ  
ตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด  
ที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

สกุล ทองเปลว. (2550). ผลของการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มต่อระดับน้ำตาลในเลือดของ  
ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวช  
ปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สมควร ชำนิงาน. (2552). โปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ  
ป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลบ้านโคก อำเภอโคกโพธิ์ชัย จังหวัด  
ขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุนิสา บริสุทธิ. (2552). เปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตัวเองกับ โปรแกรม  
การดูแลตัวเองที่ผสมผสานการนัดทำตามด้วยการเหยียบกะลาต่ออาการชาที่เท้าในผู้ป่วย  
เบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุพิมพ์ อุ่นพรม. (2550). ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ  
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

- สุทน อามาตรสมบัติ. (2553). ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: บ้านวังศักดิ์ ตำบลหนองทุ่ม อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุภาภรณ์ บุญทัน. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมและการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุขปราณี นรารมย์. (2552). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองตูม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เสาลักษณ์ ศรีดาเกษ และจิรพงษ์ วสุวิภา. (2553). การปรับปรุงแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สถานีอนามัยตำบลหัวทุ่ง อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
- โสภิญญา ชูสุวรรณ. (2553). การพัฒนาคู่มือการควบคุมอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- แสงทิพย์ อินทรวาสดี. (2551). การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติระยะก่อนเป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- อนุชิตา ไสบาล. (2552). กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อโนชา ศรีบุญวาทย์. (2552). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- อภิชาติ ธิติพิทยากรณ์. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อารมย์ อร่ามเมือง.(2551). ผลการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อุษา ทศนวิน. (2550). ผลของการเข้าค่ายเบาหวานกลางวันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

## ภาคผนวก จ

### รายงานนวัตกรรมที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ

- จารุพันธ์ นันทะเสน. (2553). นวัตกรรมการใช้มะกรูดดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. ค้นเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2553, จาก [www.bblcenter.net/hble.net.work/frontend/view\\_information.php](http://www.bblcenter.net/hble.net.work/frontend/view_information.php)
- จุฑามณี คำแพงพล. (2552). นวัตกรรมคู่มือผู้ป่วยเบาหวาน สถานีอนามัยหนองตอกแป้น อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. ค้นเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2553, จาก <http://203.157.186.15/hyt/files/docs>
- ชาญณรงค์ อุทธี. (2553). นวัตกรรมระดมพลคนเครือข่ายประกาศศึกกับเบาหวาน. ใน อภิญา ตันทวีวงศ์ (บรรณาธิการ), *ชุดสื่อเพื่อการเรียนรู้ เพื่อสร้างสุข เล่มที่ 6 : นวัตกรรมเราทำได้* (หน้า 71- 82). กรุงเทพมหานคร : บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.
- ชูศรี สมคำศรี. (2553). รองเท้าคู่มือรักษาแผลเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองบัวน้อย ตำบลบ้านเคื่อ อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ : ผลงานวิชาการการพัฒนานวัตกรรมบริการปฐมภูมิและเครือข่ายปฐมภูมิ ประจำปี 2553 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข.
- นคร สมบูรณ์วิทย์, รุจิกร รสรัตน์, นวลสมร ชมศิริ และณัฏฐา สุปิยพันธุ์. (2552). แผลหายเร็วทันใจ สไตล์ศูนย์ฯ 29. นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักอนามัย พ.ศ. 2552 เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการในโครงการนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 5-6 สิงหาคม 2552 ณ โรงแรมอินทรา รีเจนท์ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร.
- นภัสสิน สิงห์หิวด. (2553). นวัตกรรมกระบี่บอกรักช่วยกินยา สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อำเภอภูมิจรอล จังหวัดศรีสะเกษ: บทคัดย่อผลงานวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2553 . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- ปัทมา พึ่งประเสริฐ. (2550). โครงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองโดยใช้กราฟในผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนพระลับ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2550 ศูนย์สุขภาพชุมชนพระลับ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.
- ปิ่นปักย์ ดีหอม. (2553). นวัตกรรมผู้ป่วยเบาหวานสดใส ชาวภูค่น้ำใสร่วมดูแลสุขภาพ. ใน รุจิรา รด อรรถสิทธิ์, มนัษา มรรคณัตติโชติ, ปิ่นปักย์ ดีหอม, ปวิณัฐ วงศ์ศักดิ์, กรวิกา พงศ์วินทร์, จันทรแก้ว สุกันโท, และคณะ (บรรณาธิการ), *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วย*

- ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (หน้า93-96). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน  
กิจการโรงพิมพ์อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พงพันธ์ แก้วแสน. ( 2550) . อย.น้อยวัยใส ร่วมใจดูแลคนเบาหวาน (อย.น้อยเกาะประตูป้าน). ค้น  
เมื่อวันที่6 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.fahuan2553.com/?cid=1252386>
- เพ็ญจันทร์ วสุธารัตน์. (2552). โมเดลเท้าช่วยสอนผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเอง ศูนย์สุขภาพชุมชน  
บ้านศรีนคร ตำบลช้างแร้ง อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารสุข  
ศาลา*. 2(5), 6 – 7.
- ภิญญา ไปมูลเปี่ยม. (2553). นวัตกรรมอาหารสามสี ไฟจราจรสำหรับคนเฝ้าสายตา สำนักงาน  
สาธารณสุขอำเภอยางตลาด จังหวัดน่าน. ค้นเมื่อวันที่6 ธันวาคม 2553 จาก  
[http://203.157.10.11/screen/download/2\\_3dec53/food color innovation.pdf](http://203.157.10.11/screen/download/2_3dec53/food%20color%20innovation.pdf)
- โกคินทร์ ศักรินทร์กุล. (2552). นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ จั๋วแจ๋วโมเดล. *เอกสารประกอบการประชุม  
มหกรรมสุขภาพชุมชน 2552 วันที่ 18 – 20 กุมภาพันธ์ 2552 ณ อาคารอิมแพ็ค คอนเวนชัน  
เซ็นเตอร์ เมืองทองธานี กรุงเทพมหานคร.*
- รุ่งทิพย์ อารมณัสสะ. (2550). นวัตกรรมหมู่บ้านจัดการเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขาวง  
โรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. ค้นเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2553, จาก  
<http://www.southhsri.psu.ac.th/>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสว่าง. (2553). นวัตกรรมเบาหวาน Delivery บริการดีถึงบ้าน.  
*เอกสารสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2553 ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรี  
สว่าง ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี.*
- ลดาวลัย พุทธสังข์. (2553). นวัตกรรมโครงการสร้างแกนนำผู้ดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ปี  
2553. สถานีอนามัยบ้านหัวซวด ต.หนองบัว อ.บ้านค่าย จ.ระยอง. ค้นเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม  
2553, จาก <http://sptech.igetweb.com/index.php?mo=3&art=506309>
- วรรณทอง ศรีวิชัย. (2552). ตัดตอนเบาหวานด้วยการคืนข้าวกล้องสู่หม้อ สถานีอนามัยตำบลปลา  
ดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยภูมิปัญญาการแพทย์  
พื้นบ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (หน้า 78-80). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์  
อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.*
- วรรณ ขุนเพ็ชร. ( 2553). นวัตกรรม เรื่อง บัตรนัดพัฒนางานเรื้อรัง. *เอกสารรวบรวมกิจกรรม  
คุณภาพ CQI ของศูนย์บริหารงานปฐมภูมิเครือข่าย โรงพยาบาลสงขลา. ในการนำเสนอ  
ผลงานคุณภาพ 24 ธันวาคม 2553 .*

- วารุจิ จุลนวล. (2553). โครงการนวัตกรรม สติกเกอร์เปลี่ยนสี พฤติกรรมเปลี่ยนไป. เอกสารงาน  
โครงการนวัตกรรมด้านสุขศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. งานมหกรรม  
คุณภาพและประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปี 2553 รวมพลังสร้างคุณค่า ประชา  
มีสุข 6- 7 พฤษภาคม 2553 ณ โรงแรมเจบี อำเภอกาบังใหญ่ จังหวัดสงขลา.
- โสภิต ตั้งทิฆมกุล. (19 สิงหาคม 2553). นวัตกรรมไม้จิ้มเท้า เรื่องเล็กจิ้มที่มความรู้ลึก. กรุงเทพฯธุรกิจ,  
หน้า 1.
- อำนวย ศรีสุข. (2553). นวัตกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชาวโนนฟองแก้ว. ค้นเมื่อ  
วันที่ 10 ธันวาคม 2553, จาก [www.nonfongkaewhealth.net/nfl/index.php?](http://www.nonfongkaewhealth.net/nfl/index.php?)

**ภาคผนวก ท**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

- |  |   |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. สาลี เกลิมวรรณพงศ์ | ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาล<br>และบริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. นายแพทย์ธีรภาพ ลีवलักษ์               | ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทย<br>ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                              |
| 3. นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ            | ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจะนะ<br>อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา   |



## ภาคผนวก ฅ

รายนามผู้ร่วมประเมินความความเที่ยงของแบบบันทึกคุณลักษณะ และแบบบันทึก  
คุณภาพของงานวิจัยและงานนวัตกรรม

## 1. คุณวิไลพร ใจแก้ว

วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ปีที่สำเร็จการศึกษา	พ.ศ. 2547

## 2. คุณอัจฉรา เรืองประทุม

วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการจัดการสารสนเทศ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ปีที่สำเร็จการศึกษา	พ.ศ. 2547

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางอิงอร พุทธาโร	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5210420030	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2542

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับ อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา